

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 52

DE LA

CURE OPÉRATOIRE

DES

HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 8 JUILLET 1893

PAR

Marine CHICHKOFF

Né à Drénovo (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERLIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id.	HÉDON (Ch. du c.)
Pathologie interne	N....
Id.	RAUZIER (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
TÉDENAT, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Vénération et regrets éternels.

A MA MÈRE

Amour filial.

A MES FRÈRES

Témoignage de reconnaissance
et d'amour fraternel.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Amitié et dévouement.

A MES BELLES-SŒURS

A MES PARENTS

M. CHICHKOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

M. CHICHKOFF.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES AMIS LES DOCTEURS

KESKINEFF, MOUKHTAROFF, DJAMDJIEFF

A TOUS MES AMIS

M. CHICHKOFF.

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions la Clinique chirurgicale des maladies des enfants, il nous a été donné de voir un cas de hernie infantile, pour lequel la cure opératoire fut pratiquée. Les beaux résultats de l'opération et surtout les indications de la cure opératoire chez l'enfant, question toute d'actualité, nous ont vivement intéressé, et, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Forgue, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

En entreprenant ce travail, nous n'en ignorions pas les difficultés : la question des indications de la cure opératoire chez l'enfant divise à l'heure actuelle les chirurgiens du monde entier, et des hommes d'une égale autorité formulent des préceptes radicalement différents et soutiennent des théories diamétralement opposées. La brillante discussion suscitée par Richelot, à la Société de chirurgie, a bien révélé les profondes divisions, les grandes divergences d'opinion qui séparent l'élite des chirurgiens français.

Nous n'avons pas, on le conçoit, la prétention de résoudre un problème aussi complexe. Mais nous pensons que de telles questions ne peuvent être éclaircies qu'à l'aide de documents et de faits, et nous croyons qu'il y a intérêt à préciser l'état de la science actuelle sur ce point.

Notre travail comprend plusieurs chapitres distincts :

Le premier contient l'*Historique de la question* ; nous y avons exposé, en suivant autant que possible l'ordre chronologique, les idées successivement admises par les auteurs, touchant la cure opératoire des hernies.

Le chapitre II est consacré aux *Indications du bandage*. Nous avons insisté sur la possibilité de la guérison des hernies infantiles par le bandage et sur le mécanisme de cette guérison.

Dans le chapitre III, nous avons étudié la bénignité et l'efficacité de l'opération sanglante, montré que cette nouvelle conquête de la chirurgie moderne ne doit être abordée que par les fidèles de la méthode antiseptique, puis nous avons posé les *Indications de la cure opératoire* des hernies infantiles.

Le chapitre IV contient la *Description et la Critique des procédés opératoires modernes*, mis en usage par les chirurgiens de nos jours, pour guérir radicalement les hernies.

Dans le chapitre V, nous avons étudié les *Soins consécutifs* à la cure opératoire.

Enfin, nous avons établi nos conclusions.

Nous espérons que nos Juges accorderont à notre modeste travail toute leur bienveillance.

Les difficultés que nous avons eu à surmonter, en notre qualité d'étudiant étranger, dans la rédaction de ce travail, augmenteront encore cette bienveillance.

Que notre Maître éminent M. le professeur Forgue, qui nous a inspiré l'idée de cette thèse et nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, nous permette de lui témoigner

notre vive reconnaissance pour les conseils judicieux et éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

MM. les professeurs agrégés Gilis, Estor, Lapeyre et Ducamp voudront bien recevoir l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous témoigner durant nos années d'études.

A la fin de notre scolarité médicale, nous sommes heureux d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous nos Maîtres; le souvenir que nous emporterons du milieu savant où notre esprit s'est formé et développé sera éternel.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CURE OPÉRATOIRE
DES
HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES
CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE RÉSUMÉ DE LA CURE OPÉRATOIRE

L'avènement de la méthode antiseptique a révolutionné la thérapeutique chirurgicale. Ce qui paraissait hier un rêve inutile à poursuivre devient aujourd'hui une réalité qui surprend tous les esprits. L'illustre chirurgien Lister a, non seulement mérité la fameuse statue d'or promise par Nélaton à qui nous délivrerait de l'infection purulente, mais encore il a élevé à la chirurgie contemporaine un monument qui suffirait à immortaliser l'école de Pasteur. L'antisepsie a rendu les opérations si sûres, elle a tellement diminué leurs dangers en supprimant d'un seul coup les complications infectieuses, que nous voyons chaque jour surgir de nouvelles tentatives et s'agrandir le champ d'action de l'instrument

tranchant. Des opérations admises comme rationnelles, mais restées pendant longtemps l'apanage de quelques maîtres, tombent aujourd'hui dans le domaine commun.

Nous pouvons ouvrir avec confiance, grâce à la méthode antiseptique, toutes les cavités séreuses et faire avec plein succès les grandes opérations qui sont la gloire de notre époque, sans exposer l'opéré à des chances de mort; la crâniectomie et la laparotomie sont à l'ordre du jour, et peu à peu les derniers récalcitrants s'y rallient.

La cure opératoire des hernies, tentée depuis des siècles, et toujours délaissée, n'est remise en honneur que par les chirurgiens de nos jours. Jusqu'ici, en effet, les méthodes et les procédés se succèdent, mais pour être successivement abandonnés, soit à cause des dangers qu'ils faisaient courir, soit à cause de l'incertitude des résultats, pour ne pas dire de la certitude de l'insuccès.

Les divers procédés mis en usage par les anciens chirurgiens ont eu pour but : 1° de rétrécir l'orifice ou le canal fibreux de la hernie; 2° ou bien d'oblitérer le sac au moyen d'une ligature, de la compression ou d'un bouchon organique; 3° ou enfin, en combinant ces deux moyens, de rechercher le rétrécissement de l'orifice fibreux et l'oblitération du collet.

C'est donc à remplir ces deux indications que visaient les innombrables procédés anciens, minutieusement décrits par Segond dans sa remarquable thèse d'agrégation, et qui depuis Celse jusqu'à ce siècle peuvent être ramenés à deux méthodes principales : la cautérisation ou la ligature.

Le feu, le fer, les caustiques étaient les moyens favoris des anciens pour guérir les hernies; ils pratiquaient, au voisinage de l'anneau inguinal, une série de cautérisations ponctuées; ils cautérisaient au fer rouge les téguments, les parties sous-jacentes et l'os du pénis, afin de créer une cicatrice solide et adhérente à l'os; ou bien ils isolaient soigneusement le sac

herniaire et portaient au-dessous de lui le cautère jusqu'aux os, pour obtenir la formation d'une masse cicatricielle solide et résistante qui fermât le passage aux viscères rentrés dans l'abdomen. Le fer rouge cédaît parfois la place à la pâte arsénicale ou à la potasse.

La ligature et la suture sont également pratiquées de façons variées. On liait le cordon en même temps que le sac herniaire et puis on procédait à la castration. En effet, la castration fut l'arme favorite des opérateurs ambulants qui, jusqu'au XVIII^e siècle, le rasoir à la main, mirent plus d'un pays à contribution et ensanglantèrent les villes et les campagnes, proposant la cure opératoire de toutes les hernies, castrant tous les hernieux, à tel point qu'à des époques différentes les pouvoirs publics s'émurent et que les peines les plus sévères furent édictées contre les mutilateurs avides. A. Paré et Dionis s'élèvent aussi, dans leurs travaux, contre cette triste industrie, et cependant léguée aux opérateurs ambulants par nombre d'auteurs recommandables.

Dans la hernie scrotale, Paul d'Egine passait à travers le sac une aiguille enfilée d'un fil double; il liait les deux moitiés du collet et réséquait le sac, y compris le testicule. Mais sa conduite était tout à fait différente, lorsqu'il se trouvait en présence d'un bubonocèle. Ici, il conserve le testicule et oblitère le sac au moyen de points de suture qui le traversent de part en part. D'autres pratiquaient la ligature lente du collet au moyen d'un fil passé autour du sac et d'une plaque d'ivoire servant à le tordre de plus en plus, de telle sorte qu'au bout d'une quinzaine de jours, la portion de péritoine et de peau comprise dans l'aire du fil est sectionnée.

Guéris les hernies, sans ôter le testicule, telle fut l'ambition légitime des inventeurs du point doré et de la suture royale.

Le *point doré*, imaginé par Méthis et perfectionné par

Franco et A. Paré, consistait à inciser transversalement la peau au niveau de l'orifice inguinal, et à étreindre le collet du sac herniaire au moyen d'un fil d'or passé tout autour, mais en ayant soin de ne le serrer par torsion que modérément ; car, si la ligature était trop serrée, on courrait le risque d'amener la gangrène du testicule ; si elle ne l'était pas assez, le testicule continuerait à vivre, et la hernie se reproduirait. Mais ce qui assure la gloire immortelle de Franco, c'est d'avoir été le premier à pratiquer et à préconiser l'opération contre l'étranglement herniaire. A. Paré et d'autres substituaient le plomb à l'or ; le fil d'or devait rester définitivement dans les tissus ; le fil de plomb, plus souple, pouvait être détordu et retiré.

La fameuse *suture royale*, dont l'origine remonterait à l'époque de Paré, n'a cependant pas d'histoire. Elle consistait à rétrécir le sac trop dilaté, ainsi qu'un doigt de gant qu'on rétrécit ; on y arrivait au moyen d'une suture en surjet, ou suture du pelletier. « Celui qui a inventé cette opération, dit Dionis, l'appelle irréprochable, parce qu'elle conserve les vaisseaux et le testicule dans leur entier ; il lui a donné le nom de Royale, parce qu'en conservant ces parties, elle laisse la liberté au testicule de faire sa fonction, qui est de donner des sujets à son Roi. »

A la fin du XVII^e siècle, Lequin et Blegny inventèrent les bandages de fil de fer et d'acier. La date de l'invention des bandages est une date capitale dans l'histoire de la cure opératoire des hernies, car c'est de cette belle invention que date la déchéance des procédés sanglants. Les bandages, d'abord fort primitifs, se perfectionnent peu ; les opérations leur cèdent le terrain et sont presque complètement abandonnées. Pendant que se faisait ce mouvement de réaction contre les anciens procédés, les chirurgiens herniaires perfectionnaient les moyens de contention et ces perfectionnements aidaient au

discrédit dans lequel tombaient de jour en jour les opérations sanglantes. Richter, Boyer, Malgaigne, pour citer quelques noms, ont puissamment contribué à vulgariser la pratique des bandages.

Mais l'idéal de cure radicale des hernies, n'était pas réalisé avec l'invention des bandages, et au commencement de ce siècle de nouvelles tentatives opératoires surgissent.

Velpeau, en traitant un jeune homme atteint de hernie congénitale avec hydrocèle concomitante, par l'injection iodée destinée uniquement à l'hydrocèle, obtint ce double résultat de guérir l'épanchement et de faire disparaître la hernie. Encouragé par ce cas, Velpeau fut conduit à généraliser ce procédé.

Bonnet (de Lyon) cherche, au moyen de l'acupuncture, à obtenir l'oblitération du collet du sac herniaire.

Belmas introduit un corps étranger résorbable dans le collet du sac. Il se sert d'un sac de baudruche qu'il entraîne dans le collet du sac à l'aide d'un stylet aigu. Le sac de baudruche une fois placé, on le remplit d'air et une compression méthodique assure les contacts.

Mösner cherche à provoquer dans le sac herniaire une inflammation suppurative en plaçant un séton.

Mayor modifie le procédé de Bonnet; il remplace les épingles par un certain nombre de points de suture enchevillée.

Gerdy invente l'invagination du scrotum et remet en vogue la cure opératoire des hernies. Il refoule le sac et les téguments des bourses dans le canal inguinal; il les fixe dans cette position au moyen d'un ou plusieurs fils qui, pénétrant par le fond de l'infundibulum, traversent la peau, le sac, les piliers, et viennent ressortir sur la paroi abdominale; les fils sont fixés soit sur un rouleau de diachylon, soit au moyen d'une boule d'ivoire perforée, et doivent amener l'adhérence des différentes parties invaginées; c'est un bouchon qui doit

fermer le collet. Gerdy meurt, le silence se fait sur la cure opératoire et on oublie jusqu'à son nom. Mais à l'étranger, sous l'impulsion de Gerdy, de nouveaux procédés prennent naissance: Wutzer et Rothmund combinent l'invagination avec la compression de la paroi antérieure; Vallette modifie aussi le procédé de Gerdy, il détruit par cautérisation la paroi de l'entonnoir; Langenbeck cherche à obtenir le même résultat par la compression poussée jusqu'à la mortification. Enfin Lignorini invente un procédé compliqué, dans lequel les parties invaginées dans le canal inguinal devaient aller s'engager à travers l'orifice crural et être maintenues dans cette situation.

Cependant, il faut le reconnaître, même à l'étranger, la cure opératoire perdait chaque jour du terrain et le nombre de ses détracteurs l'emportait de plus en plus sur celui de ses défenseurs.

Parmi ces derniers, nous devons surtout mentionner M. Wood, en Angleterre; il cherche à rétrécir l'anneau inguinal par la suture des piliers; il opère par la méthode sous-cutanée: à travers une incision du scrotum on invagine le sac, puis une aiguille poussée à travers l'infundibulum et l'un des piliers ramène ensuite un fil métallique passé dans le chas percé à son extrémité; elle va ensuite chercher, en traversant l'autre pilier, l'autre bout du fil; celui-ci forme alors une anse comprenant les deux piliers; les deux chefs sont ensuite tordus et serrés. Ce procédé, du reste, présente différentes variations. Dowel, en Amérique, a suivi une voie analogue.

Mais ce sont là des tentatives isolées, et ce que nous disions plus haut du crédit tous les jours faiblissant de la cure opératoire, reste exact.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les injections sous-

cutanées de liquides irritants qu'on a préconisé dans ces derniers temps, et qui sont tombées, à juste raison, dans l'oubli.

Nous en étions là, lorsque presque simultanément en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, des chirurgiens, frappés des avantages immenses de la chirurgie listérienne dans la kélotomie pour les étranglements, songèrent à faire revivre la cure opératoire des hernies par l'instrument tranchant.

Les travaux de Steele, de Schede, de Czerny, de Nüssbaum, de Riesel et de Socin marquent cette nouvelle et importante étape du traitement chirurgical des hernies libres. C'est Charles Steele qui, le premier, employa la méthode antiseptique pour la cure opératoire, en 1873, puis son exemple fut bientôt suivi par Nüssbaum, Riesel (1876), Czerny, Schede, Socin, Buchanan (1879) et Reverdin.

En France, le vulgarisateur de la méthode listérienne, Lucas-Championnière est le premier qui ait eu recours à l'intervention sanglante dans le traitement des hernies libres.

CHAPITRE II

INDICATIONS DU BANDAGE

La thérapeutique chirurgicale met aujourd'hui à la disposition du chirurgien deux modes de traitement pour guérir radicalement les hernies infantiles : le traitement par les bandages et le traitement par l'instrument tranchant.

Le traitement des hernies et de leurs complications, après avoir passé par bien des phases, est devenu, à l'heure actuelle, grâce aux progrès modernes, l'un des chapitres les plus importants et les mieux connus de la thérapeutique chirurgicale contemporaine.

La contention des hernies par les bandages est un moyen qui a été appliqué par les chirurgiens de toutes les époques ; mais les premiers brayers étaient d'une simplicité et d'une insuffisance telles que leur rôle, dans les cas les plus favorables, se bornait à soulager momentanément les hernieux. Puis, grâce aux modifications successives apportées, soit à la forme, soit à la fabrication des appareils de contention, l'art du bandagiste a fait des progrès incessants. De leur côté, les chirurgiens ont mis à profit ces divers perfectionnements d'ordre industriel : le plus souvent même, ils les ont inspirés en se guidant sur les indications fournies par l'observation clinique. Bref, et l'on ne saurait trop rappeler le rôle de Malgaigne en cette circonstance, les chirurgiens se sont peu à peu décidés à donner toute leur attention à cette bran-

che de l'art, trop longtemps abandonnée aux fabricants. Aujourd'hui la contention des hernies par les bandages constitue certainement un des meilleurs moyens dont la chirurgie dispose pour traiter ce genre de maladie.

Nous laisserons de côté la description des bandages actuels et des conditions générales que tout bandage doit présenter pour bien contenir une hernie, et nous allons aborder immédiatement la question des indications du bandage dans le traitement des hernies infantiles. Mais nous devons nous poser une première question : le bandage bien appliqué, bien fait et longtemps porté, guérit-il radicalement les hernies inguinales congénitales ?

Malgaigne (1), dans ses *Leçons sur les hernies*, s'exprime en ces termes : « On peut d'abord poser en fait que ce que produisent les meilleurs procédés opératoires peut être aussi produit par un bandage rationnel. » Nous croyons que cette appréciation, qui serait hasardée si on l'appliquait indistinctement à toute espèce de hernie, est absolument fondée, lorsqu'on la réserve pour certaines variétés de hernies congénitales.

De Garmo (2) donne la statistique suivante : sur 1203 cas de hernies qu'il a traitées à la polyclinique de New-York et dont 116 seulement étaient des hernies du jeune âge, 336, plus du quart, furent guéries par les bandages.

Berger (3) a fourni, à la Société de chirurgie, les chiffres suivants : sur 1212 cas de hernies observées chez les enfants du sexe masculin et âgés de moins de quinze ans, la hernie inguinale congénitale est, aux autres hernies, dans la proportion de 1 à 4 1/2. Chez les individus au-dessus de quinze ans, la hernie congénitale est, aux autres variétés de hernies ingui-

(1) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies*. Paris, 1841.

(2) De Garmo, *Revue des sc. méd.*, 1888, t. XXXII, p. 670.

(3) Berger, *Société de chirurgie*, séance du 16 novembre 1887.

nales, dans la proportion de 1 à 27 1/2. Il faut donc, pour expliquer la disparition presque complète des hernies congénitales, si commune dans la première et la seconde enfance, admettre, d'après la statistique de Berger, que ces hernies guérissent grâce à l'application et au port des bandages, souvent même spontanément, et que celles qu'on retrouve à un âge avancé doivent leur persistance à l'incurie ou à l'impossibilité où l'on a été de leur appliquer une contention. « Je tiens à prouver, dit cet auteur, que la guérison par les bandages, ou même la guérison spontanée des hernies congénitales simples est *une règle qui ne comporte presque pas d'exceptions*, tout au moins avant la quinzième année. » Mais Lucas-Championnière lui répond : « Je ne saurais admettre, avec M. Berger, l'extrême facilité de la guérison par les bandages, des hernies même congénitales. Nous admettons tous la possibilité de cette guérison; nous en avons observé tous des cas. Mais, au lieu de constituer *la règle*, ces cas sont *l'exception*. »

Sans faire un choix entre ces deux opinions diamétralement opposées, nous croyons que le bandage guérit la grande majorité des hernies infantiles, mais à la condition qu'il soit bien fait, bien appliqué, longtemps porté, et que la hernie soit petite, récente, réductible, et qu'elle ne ressorte plus à partir du commencement du traitement. On conçoit, d'autant plus facilement la possibilité de la guérison définitive des hernies congénitales par les bandages, que ces hernies présentent une tendance évolutive et naturelle à la guérison spontanée. La hernie congénitale chez l'enfant n'est que le vestige d'un état physiologique qui persiste normalement chez certains animaux, le cheval, par exemple. Or, cette hernie a une tendance à guérir spontanément. Les causes qui favorisent cette guérison spontanée, et que nous nous bornons à mentionner sommairement, sont la tendance naturelle à l'oblitéra-

tion d'une communication temporaire qui avait favorisé l'apparition de la hernie, l'accroissement rapide de la capacité abdominale pendant l'enfance, le point de plus en plus élevé auquel correspond l'insertion mésentérique de l'intestin.

Mais il faut se garder de généraliser trop les faits, et, pour notre compte, nous n'admettons pas que le bandage puisse guérir indistinctement toutes les variétés de hernies congénitales, et que son emploi soit toujours de rigueur chez les enfants hernieux ; au contraire, il peut être nuisible dans certains cas, et son application doit être subordonnée à des indications nettes et précises. Celles-ci doivent être examinées dans les variétés suivantes : hernies inguinales congénitales réductibles, hernies congénitales irréductibles, hernies congénitales avec ectopie testiculaire.

1° *Hernies inguinales congénitales réductibles*. — Le bandage guérit les hernies réductibles, il les guérit d'autant plus sûrement que ces hernies sont récentes, qu'elles sont moins volumineuses et que le malade est d'un âge moins avancé. Le mécanisme de cette guérison est facile à comprendre. Segond (1) l'a nettement retracé dans sa thèse d'agrégation : « Durant l'enfance et la jeunesse, le canal tout entier présente une tendance naturelle au rapprochement de ses parois. Dilatées temporairement par le passage des viscères herniés, les parois du canal ne demandent pour ainsi dire qu'à revenir sur elles-mêmes sans laisser subsister d'autre espace que celui strictement exigé par la présence du cordon chez l'homme, et du ligament rond chez la femme ; ainsi nous trouvons encore dans la constitution anatomique de l'orifice herniaire des conditions favorables à la guérison de la hernie, pourvu qu'elle soit congénitale, petite ou récente, et surtout durant la première enfance. Quant à la forme de l'orifice, elle

(1) Segond, Thèse d'agrégation. Paris, 1883, p. 67.

nous donne un autre élément de succès : creusé obliquement au travers des parois abdominales, le canal inguinal devient accessible à la compression directe ; celle-ci aura pour effet le rapprochement face à face des parois du conduit, elle en effacera la lumière. »

Cependant, il faut s'entendre : le rôle curateur du bandage dans les deux premières années de l'existence est bien restreint, en raison des difficultés que présentent la constriction et l'utile application d'un bandage sur le petit être dont les points pelviens sont masqués par la graisse, qui se défend inconsciemment contre toute pression et qui souille constamment les appareils qu'on s'obstinerait à lui appliquer, jusqu'au jour où des érosions ou des escarres le rendent inapplicable. De là l'inefficacité des bandages dans les premiers mois de l'existence.

Ces considérations nous permettent de conclure que : *le bandage guérit radicalement les hernies inguinales congénitales, surtout pendant la seconde enfance, mais à la seule condition qu'il soit bien appliqué, bien supporté et régulièrement porté pendant des mois et des années.*

2° *Hernies inguinales congénitales irréductibles.* — L'indication du bandage, dans cette variété de hernies infantiles, est moins formelle que dans le cas précédent. Le bandage à pelote concave peut guérir les hernies irréductibles ; mais ici le mécanisme de la cure est moins simple et les résultats en sont plus hasardés.

« La pression continue de la pelote peut réduire peu à peu l'intestin, dit Félizet (1) ; elle le tasse, elle le repousse vers la cavité abdominale, elle tiraille et supprime, avec le temps, les adhérences forcément peu anciennes de l'intestin au sac, et si ces adhérences ne tiennent pas trop, si l'on a pris soin

(2) Félizet, *La cure radicale des hernies*, 1892, p. 12.

de modifier, au fur et à mesure, la forme de la pelote, suivant l'indication des changements obtenus, tout rentre dans l'ordre. » Sans nier la possibilité de ces faits exceptionnels, nous pensons que dans l'immense majorité des cas, le bandage à pelote concave ne donnera rien et que son emploi peut être dangereux par le fait de conditions qui tiennent, soit au petit malade, soit à la hernie elle-même.

Pour ce triple motif, incertitude dans les résultats, longueur du traitement, danger en imminence, *nous croyons devoir repousser complètement le bandage dans le traitement de ce genre de hernie, d'autant plus que la cure opératoire est tout indiquée.*

3° *Hernies inguinales congénitales avec ectopie testiculaire.*— Ici les difficultés de contention sont bien plus grandes qu'on ne serait tenté de le croire. En effet, il faut des bandages spéciaux pour loger le testicule et ne pas le comprimer. Souvent aussi, au moment de la naissance, une des bourses est remplie par les organes herniés, et, lorsqu'on les réduit, on n'y sent pas le testicule.

On peut être fort embarrassé sur la conduite à tenir, si on applique un appareil; fatalement, on maintiendra à la fois la hernie et le testicule; aussi, dans ces conditions, pas de bandage, pas d'opération : attendre. Attendre la migration du testicule et la formation d'une hernie, qu'on traitera par les moyens doux ou sanglants, suivant les indications qu'elle présentera plus tard.

Trélat (1) en a retracé un exemple dans une de ses cliniques à propos d'un malade qu'il allait opérer : « Dès sa toute jeune enfance, on s'aperçut qu'il avait une hernie du côté gauche; un médecin éclairé conseilla même de ne point porter de bandage. Ce conseil, qui nous semble paradoxal, s'expli-

(1) Trélat, *Leçons cliniques*, 1838, 12 janvier.

que néanmoins, si l'on réfléchit aux incertitudes que la présence ou l'absence du testicule dans les bourses, son apparition parfois intermittente, peuvent inspirer au médecin sur l'opportunité du bandage. »

En effet, dans cette variété de hernie congénitale, le testicule ainsi comprimé peut être l'occasion de douleurs vives, mettre obstacle à la contention. Cette pression qu'il supporte gêne singulièrement son développement et l'atrophie qu'on trouve parfois si marquée doit lui être en grande partie attribuée.

Aussi arrive-t-il souvent que toute contention est impossible par suite de ces souffrances, ou à cause de l'obstacle créé par la présence seule du testicule; la hernie, dans ce cas, augmente peu à peu de volume, l'anneau s'élargit. Dans un cas de ce genre, nous ferions, sans hésitation aucune, la cure opératoire, même chez des sujets tout jeunes, ainsi que le font beaucoup de chirurgiens.

Tel n'est pas l'avis de Segond (1); pour cet auteur, chez les enfants et les sujets jeunes, et tant qu'on a lieu d'admettre la migration normale du testicule « *toute intervention chirurgicale doit être proscrite*. On se rappellera donc que la migration du testicule ne s'achève parfois qu'à la puberté. On évitera la compression du testicule, on saura temporiser, et, suivant les cas, on reculera l'application du bandage jusqu'au moment où le testicule en permettra l'application, ou bien, si le développement de la tumeur vous force la main, on aura recours au bandage à pelotte échancrée ou fourchue. Quant à l'indication par le bistouri, nous ne la voyons pas. »

Pour nous, au contraire, *ces cas réclament une intervention chirurgicale, et nous la préférons de beaucoup aux dangers d'une hernie non contenue*, ainsi que nous l'avons établi dans le chapitre des indications de la cure opératoire.

(1) Segond, *loc. cit.*, p. 224.

CHAPITRE III

INDICATIONS DE LA CURE OPÉRATOIRE

Sous le nom de « cure opératoire » nous comprenons l'opération sanglante destinée à guérir les hernies. Avec M. le professeur Forgue (2) nous préférons ce terme de « cure opératoire » à celui proposé par Trélat de « cure chirurgicale », qui peut également désigner la guérison par les bandages, comme l'a si bien fait remarquer Lucas-Championnière à la Société de chirurgie. Nous n'aimerions pas davantage le mot de « cure radicale », qui préjuge et implique l'idée de succès thérapeutique. Le qualificatif « radicale » dépasse, à notre avis, la mesure du progrès accompli et n'est pas actuellement conforme à la réalité des faits.

Par ces temps de chirurgie herniaire, devons-nous plaider la cause de la cure opératoire aseptique et légitimer l'enthousiasme des nombreux adeptes de la nouvelle méthode de guérison des hernies par le bistouri ? La cure opératoire, qui était si mal vue, il y a une dizaine d'années, n'est plus à défendre. Le moment est venu de lui donner une place officielle dans le cadre des opérations rationnelles et de constater le succès des entreprises hardies et téméraires, comme

(2) Forgue et Reclus, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892, t. II, page 589.

on disait autrefois, mais légitimes et justifiées aujourd'hui, des premiers promoteurs de l'opération antiseptique.

En effet, la cure opératoire est une excellente opération, sans danger aucun, même pour l'enfant de huit mois, mais dans des conditions bien déterminées. Elle veut une expérience individuelle, des précautions très sérieuses, très complètes, et ne doit être faite que par les fidèles de la méthode antiseptique. A une époque encore récente, où les meilleurs esprits hésitaient encore, M. Berger écrivait : « La cure radicale de la hernie sera antiseptique ou elle ne le sera pas. » Sans antisepsie, il ne faut effectivement rien faire, rien tenter. L'opération de la cure radicale est une grande conquête de la chirurgie moderne, qui ouvre une voie pour le soulagement d'un grand nombre de malheureux et dont on a reconnu tous les mérites.

La cure opératoire est-elle inoffensive? Les dernières statistiques présentées par les chirurgiens français nous permettent de répondre par l'affirmative.

Lucas-Championnière (1), sur 266 cas, n'a eu que deux morts. Comme on le voit, le coefficient de léthalité est de 0,76 pour 100. « Le lecteur doit réfléchir encore, dit cet auteur, que j'ai été le pionnier de cette chirurgie, que j'ai dû inventer à peu près complètement mon opération, que j'ai dû débrouiller les indications et les contre-indications, qu'à côté de cas d'une bénignité évidente, j'ai opéré des cas si mauvais qu'ils ne devraient pas prendre place dans une statistique générale. »

Félizet (2) n'a eu aucun cas de mort sur 20 opérations de cure radicale.

Routier a pratiqué 14 fois la cure opératoire, sans aucune terminaison fatale.

(1) Lucas-Championnière, *Cure radicale des hernies*, 1892, p. 16.

(2) Félizet, *loc. cit.*, p. 74.

Au Congrès français de chirurgie (mars 1888), Trélat considère cette opération comme n'ayant pas de mortalité. Il a réuni en 1887 au hasard une série de 160 cas de cures radicales sans une seule mort. Il cite une nouvelle série de 130 cas sans une seule mort également. La même opération a été pratiquée 17 fois dans son service avec autant de succès. Trélat arrive ainsi à un total de 307 opérations dont la mortalité est zéro. Second est venu, lui aussi, affirmer dans ce Congrès la bénignité de cette opération. Ses quatorze opérés de hernie non étranglée ont tous guéri.

Ces statistiques nous montrent que le danger que court un sujet, en se soumettant à la cure opératoire, est évidemment bien peu considérable, si peu, qu'il paraît même impossible de le chiffrer. Les statistiques étrangères ont pour nous moins de valeur que les statistiques françaises, à cause des différences dans le manuel opératoire. Nous croyons cependant qu'il peut être intéressant de citer la statistique d'Anderegg. Cet auteur nous donne pour les enfants tout jeunes les chiffres suivants : sur neuf enfants opérés dans les deux premières années — neuf guérisons. Voici les détails de ces opérations : à huit mois, un enfant ; à dix mois, deux enfants ; à douze mois, deux enfants ; à dix-huit mois, deux enfants ; à deux ans, deux enfants. Sur dix enfants opérés de deux à cinq ans, deux cas de mort, l'un par péritonite septique, l'autre par phlegmon septique. Au total, sur 19 opérations pratiquées dans les cinq premières années, deux cas mortels, ce qui fait une mortalité générale de 10,5 pour 100. Il est bon de faire remarquer que ces deux cas de mort sont imputables aux chirurgiens (péritonite septique, phlegmon septique) et non à l'opération elle-même. Cette statistique, au lieu de nous désarmer dans la voie de l'intervention sanglante chez l'enfant, doit, au contraire, nous servir d'exemple, qu'une opération bénigne, quand elle est aseptique, peut devenir une calamité dans les conditions opposées.

Ainsi l'examen de ces chiffres indique la grande bénignité de la cure opératoire.

La cure opératoire est-elle efficace? Si la récidive se rencontre quelquefois chez l'adulte opéré de hernie acquise, il n'en est pas de même chez l'enfant, dont les tissus jeunes, écartés par le passage de l'intestin, nous offrent toutes les ressources de leur souplesse. La pression qui les distendait une fois supprimée, ils tendent à revenir à leur forme première.

Le tissu fibreux ne possède pas encore la rigidité définitive ni le mode de vitalité spéciale aux aponévroses et aux faisceaux de l'âge mûr. Enfin, l'irritation opératoire provoque chez l'enfant dans l'intimité de la région un processus de prolifération plus vivace et plus riche, ayant pour conséquence forcée le rétrécissement du trajet inguinal. La capacité de la cavité abdominale et le calibre de l'intestin se développent aussi de leur côté, de telle sorte que, d'une part le trajet étant plus étroit, et d'autre part les viscères ayant augmenté de volume, la cavité abdominale s'étant agrandie; les chances de reproduction de la hernie se trouvent, par cela même, constamment diminuées. En effet, à mesure que l'enfant grandit, la paroi abdominale se développe et les résultats opératoires vont en se consolidant jusqu'au développement complet du petit malade.

Il serait très intéressant de fournir ici la statistique précise des récidives; mais malheureusement, le plus souvent, les enfants opérés échappent à l'observation ultérieure qui seule permettrait de constater la guérison définitive. Enfin, une autre raison, c'est que les procédés opératoires employés ne répondent pas à un type uniforme.

Admettons qu'une récidive se produise, la cure opératoire n'aura pas moins rendu un service énorme au petit malade. La hernie n'est plus une hernie congénitale, c'est une hernie acquise, c'est-à-dire ce n'est plus une hernie   valvules mul-

tiples, à canal petit et serré. Les chances d'étranglement sont devenues, par ce fait, plus rares et la vie est moins en danger. Nous avons donc transformé une hernie grave en une hernie bénigne. N'est-ce pas déjà, dans les cas les moins heureux, un réel service rendu à l'enfant ?

Aussi croyons-nous que la bénignité absolue de l'opération et les grandes chances de succès chez les enfants justifient et légitiment vraiment la cure opératoire que nous conseillons chez eux.

A quel âge faut-il opérer les enfants ? Lors de la discussion des hernies congénitales à la tribune de la Société de chirurgie, en 1887, Richelot émettait, à la séance de clôture, la conclusion suivante : « Il est utile d'opérer, dès l'adolescence, es hernies congénitales reconnues, et cela pour plusieurs raisons : la hernie congénitale abandonnée à elle-même est plus dangereuse que toute autre à cet âge, la cure est plus bénigne et plus radicale que jamais. »

Depuis, cette limite d'âge de quinze ans a été abaissée, et aujourd'hui l'accord est à peu près parfait entre la grande majorité des chirurgiens, pour accepter six ans comme limite d'âge. Jusqu'à l'âge de cinq ou six ans, dit Berger, on peut affirmer que la cure opératoire ne doit être jamais tentée. Cette limite d'âge est effectivement une règle de chirurgie. Mais la règle subit des exceptions, et c'est pour ces cas exceptionnels que nous nous sommes efforcé de poser, autant qu'il nous a été possible, d'après les données actuelles en matière de chirurgie herniaire, les indications de la cure opératoire dans les cinq ou six premières années de l'enfance.

Trélat (1) a fort nettement marqué les indications de la cure radicale. « Toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas

(1) Trélat, Société de chirurgie, séance du 23 novembre 1887.

complètement, constamment, facilement contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale. » Nous nous rallions complètement à la loi de Trélat pour les hernies acquises; mais, pour les hernies congénitales, nous croyons devoir élargir le cercle de ses indications et opérer de parti pris tout individu jeune ayant six ans révolus, chez lequel une hernie congénitale n'a pu être guérie par le bandage.

Avant six ans, la cure opératoire nous paraît formellement indiquée dans les cas suivants : hernies inguinales congénitales réductibles mais incoercibles; hernies congénitales irréductibles et non étranglées; hernies inguinales congénitales avec ectopie testiculaire; hernies congénitales compliquées de difformités congénitales, hernies congénitales douloureuses.

1° HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES RÉDUCTIBLES MAIS INCOERCIBLES. — Ici nous devons examiner les choses de plus près et bien déterminer quelles sont les conditions exactes de l'incoercibilité. Dans ce genre de hernies, à mesure qu'on refoule, par des pressions méthodiques, une partie du contenu de la hernie dans le ventre, de nouvelles portions d'intestin font issue en s'échappant par les anneaux, très dilatés, qui ne s'opposent nullement à la réduction, mais moins encore à la sortie des viscères. Dans le cas de hernie bilatérale, à mesure qu'un côté se réduit et se vide, l'autre sac se distend et se garnit d'intestin. D'autres fois, le sujet peut encore faire rentrer la totalité de la hernie en se plaçant dans le décubitus dorsal et en relâchant les parois abdominales, mais dès qu'il se redresse la hernie redescend aussitôt avec tout son volume. Enfin, il est des cas où l'on peut obtenir la réduction d'une hernie volumineuse; mais celle-ci, loin de soulager le malade, cause une telle sensation de malaise et de gêne abdominale, que force est de laisser la hernie ressortir.

Il y a encore d'autres conditions d'incoercibilité qui méritent d'être mises en relief.

La hernie peut être incoercible à cause des dimensions excessives de l'anneau et de l'énorme volume du paquet entéro-épiploïque hernié. L'anneau est parfois tellement dilaté et forcé qu'il permet au chirurgien, après la réduction de la hernie, d'introduire plusieurs doigts dans le trajet inguinal. Dans ces cas, l'opération curative est plus difficile, parce qu'il y a une plus large surface péritonéale à supprimer, parce que l'anneau dilaté et le canal redressé par la distension progressive de la hernie sont des conditions peu favorables à l'opération, mais elle n'est point irréalisable.

L'existence d'une certaine quantité de liquide dans le sac herniaire constitue une autre cause d'incoercibilité. « Dans ce cas, dit Lucas-Championnière, même avec un anneau étroit, aucun bandage, si parfait qu'il soit, ne maintient. » Cette hydrocèle communicante et réductible, coexistant avec une hernie congénitale, est d'ailleurs assez rare. Berger ne la signale que 16 fois sur 271 cas de hernies congénitales.

Puis, la descente d'une grande quantité d'épiploon au voisinage du sac est encore une condition redoutable d'incoercibilité. Comme le liquide, l'épiploon s'insinue sous le bandage par petites franges qui frayent le chemin, puis le reste le franchit.

Enfin, il nous faut rappeler que des adhérences épiploïques au voisinage de l'anneau font qu'une hernie, malgré sa réduction apparente, résiste à tous les bandages. Dans ces cas, la réduction complète n'est qu'une illusion, il n'y a que réduction imparfaite qui favorise la reproduction de la hernie. Il faut encore ajouter les cas dans lesquels un morceau d'épiploon remonte difficilement et ressort à la première occasion, pouvant entraîner avec lui l'intestin, et bientôt il est rare que des accidents ne surviennent pas. « Ceux-ci, limités au début, dit Trélat, sont peu menaçants; on croit à un engouement, à une inflammation du sac; en un mot, à un phénomène passa-

ger. Quelques jours se passent, les phénomènes augmentent, le chirurgien opère et trouve une anse intestinale gangrenée ou des accidents graves. Il était trop tard- »

Après avoir envisagé la question dans son ensemble et dans plusieurs de ses cas particuliers, nous arrivons à cette conclusion générale : *l'incoercibilité même incomplète ou la mauvaise contention d'une hernie inguinale congénitale chez l'enfant autorisent la cure opératoire.*

Les bandages sont intolérables, dans la plupart des cas à cause des douleurs qu'ils provoquent. Il s'agit sans doute, comme l'a dit Gosselin, d'une sorte de névralgie des nerfs du cordon spermatique. Mais, quelle que soit l'interprétation, il y a là une variété d'incoercibilité dont il faut tenir compte.

Observation Première

(PERSONNELLE, INÉDITE)

Hernie inguinale congénitale double. — Cure opératoire. — Guérison

Augrand C..., âgé de dix-huit mois, entra dans le service de Clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue, le 10 mars 1893.

Ce petit malade présente une hernie inguinale congénitale double descendant jusqu'au fond du scrotum. Sa mère le porte à l'hôpital, parce que, sous l'influence des cris, les parties de l'enfant se gonflent outre mesure. Elle affirme que la hernie existe depuis la naissance.

L'enfant est pâle, très blond, lymphatique, né à terme et bien conformé. Rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il n'a jamais porté de bandage.

Les deux bourses sont distendues par une masse intestinale

très volumineuse. La hernie droite est peu volumineuse; la hernie gauche est beaucoup plus considérable, grosse comme le poing, même davantage le soir, et arrive presque jusqu'aux genoux.

La réduction des deux hernies est difficile, elle ne dure pas plus de cinq ou six minutes; les hernies sortent plus volumineuses et plus rapidement à chaque effort de l'enfant. Les deux orifices sont larges et admettent amplement l'extrémité du doigt. Celui-ci, introduit dans le canal inguinal, permet de se rendre compte que c'est par là que s'échappe l'intestin. La sensation de gargouillements est nette et bien caractéristique.

En examinant les parties, après la réduction de la hernie, on trouve les deux testicules au fond des bourses: ils ont le volume normal et présentent une sensibilité qui ne paraît pas exagérée.

Les hernies n'ont jamais été le siège d'accidents.

Difficultés de réduction, volume énorme de la hernie gauche, contention jugée impossible, menaces d'un étranglement, telles sont les raisons qui imposent la cure opératoire, malgré le jeune âge du petit malade.

L'enfant, ayant été purgé la veille de l'opération, reçoit le matin un lavement suivi d'un bain.

Le 12 mars 1893, M. Forgue opère le côté gauche.

L'antisepsie la plus rigoureuse est observée durant toute l'opération: la région opératoire est soigneusement nettoyée, brossée, puis lavée à l'éther et à la liqueur de Van Swieten; les instruments et les compresses sont strictement aseptiques.

Sommeil chloroformique facile et bien calme.

M. Forgue pratique sur la tumeur herniaire gauche une incision cutanée de six centimètres de longueur, s'étendant de la partie supérieure de l'orifice inguinal externe à la partie

moyenne du scrotum; puis il incise couche par couche jusqu'à ce que le bistouri arrive sur le sac herniaire. Le crémaster est très volumineux et présente cette particularité remarquable qu'il ressemble beaucoup à l'intestin; il est pris même un moment pour l'intestin.

Incision du sac avec beaucoup de prudence, écartement des bords par des pinces à forcipressure. Le doigt, introduit dans le sac, réduit l'intestin hernié. En explorant la partie inférieure du sac, il reconnaît le testicule à nu dans la cavité séreuse. Cette constatation vient à son tour confirmer le diagnostic de hernie inguinale congénitale.

La dissection du sac est longue, complète et minutieuse. Pédiculisation et ligature de la limite toute supérieure du sac par deux fils de soie enchaînés. Section du pédicule à un centimètre au-dessous de la ligature qui disparaît instantanément dans le ventre. Résection d'une bonne partie du sac et fermeture de la vaginale.

Pas de complications opératoires, pas d'hémorragie sérieuse. Ligature des quelques artérioles des téguments. Suture de ceux-ci au moyen de fils de soie à points séparés. Lavage antiseptique, légère insufflation de poudre d'iodoforme.

Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

Le pansement est très difficile à cause de la brièveté de la verge, qui fait craindre pour la propreté du pansement. Pour protéger autant que possible la plaie, M. Forgue la recouvre d'une couche de collodion iodoformé, par-dessus gaze iodoformée, ouate, mackintosh avec ouverture pour la verge, double spica.

Le soir, pas de fièvre.

13. — T. : matin, 36°5; soir, 37°,4. Bon état général. Le pansement est fortement souillé. L'enfant a pissé et sali son pansement en allant à la selle. On se décide à refaire le pan-

sement avec des craintes légitimes de trouver la plaie en mauvais état. Le pansement défait, on se trouve en présence d'une plaie parfaite, le collodion iodoformé a été un excellent protecteur. Lavage soigneux, nouvelle couche de collodion iodoformé, gaze iodoformée, ouate, mackintosh, double spica.

14. — T. : matin, 36°8 ; soir, 37°2. Excellent état général. A partir de ce jour, on met un pansement quotidien parce que l'enfant salit chaque jour son pansement en faisant ses besoins.

15. — T. : matin, 36°3 ; soir, 37°6. Le petit malade est bien.

16. — T. : matin, 36°4 ; soir, 39°1. État général normal. Nouvelle application de collodion iodoformé.

17. — T. : matin 37°8 ; soir 38°3. Pansement très sale et tout défait. L'enfant a été très agité dans la nuit. L'ouate et la gaze enlevées, on se trouve en présence d'une plaie à lèvres tuméfiées. Toute la région qui avoisine la plaie est indurée, rouge et soulevée. Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux ; pas de nausées ni de vomissements. Lavage antiseptique de la plaie, nouvelle application de collodion iodoformé, saupoudrage au sous-nitrate de bismuth, gaze iodoformée. On met du coton imbibé d'eau boriquée tiède.

18. — T. : matin, 37°1 ; soir, 37°7. Le mal semble conjuré, la fièvre s'est abaissée et la plaie est de meilleur aspect.

19. — T. : matin, 37°4 ; soir, 38°2. On enlève les fils.

20. — T. : matin, 37° ; soir 37°9. Les abords de la plaie sont moins indurés et moins rouges. La plaie s'étant désunie au niveau d'un point de suture, on remet un nouveau fil.

21-24. — Température normale ; l'enfant est gai.

25. — T. : matin, 36°9 ; soir, 37°. On enlève le fil remis. Cicatrisation complète de la plaie.

26-30. — L'enfant est très bien, la température est normale. Cicatrice dure, indolente ; elle ne transmet aucune impulsion pendant les efforts et les cris.

31. — L'enfant quitte l'hôpital complètement guéri et sans bandage. Il n'a pas été revu depuis.

Notre observation nous paraît intéressante à tous les points de vue. L'enfant avait la hernie depuis la naissance et ses parents avaient attendu que la hernie arrivât jusqu'aux genoux, qu'elle devint difficile à réduire, pour le porter à l'hôpital. C'est un fait d'ailleurs habituel dans l'histoire des pauvres, qui ne réclament les soins du chirurgien que lorsque leur mal est arrivé au dernier degré de son évolution.

En outre, cette observation nous montre, sous leur véritable jour, les difficultés auxquelles on se heurte pour tenir le pansement propre, et sur lesquelles les auteurs contemporains n'insistent pas assez. En effet, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de tenir le pansement propre chez un enfant qui n'avertit pas quand il se salit.

Ces difficultés sont encore augmentées par le manque de longueur de la verge qu'il est impossible de ne pas englober dans le pansement, même quand il est très peu épais. Dans ces conditions, le petit malade urine à tout moment dans son pansement, et la plaie se trouve ainsi dans une atmosphère septique susceptible de déterminer des accidents de la plus haute gravité.

Un autre point important à noter, c'est la forme conique de l'abdomen (cône tronqué à sommet inférieur), qui rend l'application d'un spica double de l'aîne fort difficile. En effet, les circulaires et les tours de bande glissent sous le moindre mouvement exécuté par l'enfant, le spica se desserre et le pansement se défait. De là, la nécessité impérieuse de changer chaque jour de pansement et de surveiller attentivement le champ opératoire. Pour éviter tout accident d'infection secondaire, M. le professeur Forgue protège la plaie avec du collodion iodoformé qui forme une couche imperméable con-

tre les agents infectieux venant du dehors et pouvant compromettre la cicatrisation normale de la plaie. Le collodion iodoformé a encore cet avantage incontestable d'exercer sur la paroi une compression régulière et élastique, si recherchée par tous les chirurgiens pour assurer la formation d'une cicatrice solide. Ainsi, le collodion iodoformé est un moyen tout particulièrement précieux pour l'antisepsie post-opératoire en matière de chirurgie infantile, et nous ne saurions trop insister sur les résultats heureux que l'on peut obtenir par le collodion iodoformé dans tous les cas où le pansement ne paraît pas suffire à la protection de la plaie.

Observation II

Double opération de la cure radicale chez un enfant de huit mois.
Guérison (1).

Maximilien Dufin, né le 29 septembre 1889, et demeurant 16, rue Bénard, entre à l'hôpital Tenon, le 6 juin 1890, et est couché au n° 6 de la salle Boyer (Crèche du service de chirurgie infantile).

C'est un enfant né à terme et bien conformé. La mère fut frappée, paraît-il, à sa naissance, du volume de ses bourses, mais elle ne fit pas part de son observation au médecin qui l'accoucha.

Ce n'est qu'au bout de six semaines qu'elle vit, sous l'influence des cris, les parties se gonfler beaucoup et qu'elle acquit la certitude que l'enfant avait des hernies. Elle affirme positivement que les deux côtés furent pris ensemble, et que ces grosseurs ne furent que l'exagération de ce qu'elle avait remarqué à la naissance; les deux enfants aînés n'avaient

(1) Félizet, *loc. cit.*, p. 94.

présenté et ne présentent actuellement rien de semblable.

Le père est indemne également de ce côté, et, en poussant plus loin la recherche des antécédents, nous trouvons que le grand-père maternel avait « une descente ».

On appliqua d'abord un petit bandage en caoutchouc vulcanisé sous lequel les hernies glissaient et qui n'eut d'autre effet que de provoquer des coliques. On fit faire successivement trois bandages à ressort d'acier, dont l'usage n'amena aucun résultat au point de vue de la contention. Les hernies, en trois mois, avaient doublé de volume, et aux accidents de colique s'étaient joints des vomissements assez fréquents.

L'enfant fut examiné par plusieurs chirurgiens qui déclarèrent que l'opération de la cure radicale serait certainement indiquée, mais qu'il fallait attendre pour la pratiquer que l'enfant eût au moins trois ou quatre ans.

Le taxis est facile, quand la hernie est sortie depuis longtemps et que l'enfant est au repos ; il est malaisé et assez long quand on tente la réduction aussitôt après un cri ou un effort.

Ce qui inquiète surtout les parents, c'est le volume considérable et le développement progressif des bourses. Nous trouvons, en effet, les deux bourses remplies et distendues par une masse intestinale dont le fond atteint parfois l'interligne articulaire des genoux.

Le volume des deux hernies est sensiblement égal à droite et à gauche.

La réduction des deux côtés est, comme nous l'avons dit, assez facile, mais elle ne dure jamais plus de dix minutes.

On ne la pratique que lorsque l'enfant crie de telle sorte que l'on peut dire que l'intestin est presque toujours dehors.

Les deux anneaux sont larges et leur pourtour donne une sensation d'élasticité particulière.

Le volume énorme de ces hernies, leur développement rapide et progressif, l'instabilité de la contention, l'impossibi-

lité constatée de faire porter utilement un bandage, la fréquence croissante des accidents de colique et d'engouement, menaces d'un étranglement qui devrait nécessiter un jour ou l'autre une intervention chirurgicale sanglante : toutes ces raisons semblent nous imposer l'obligation d'agir, malgré l'âge extrêmement tendre de notre petit malade.

Opération de la cure radicale, le 9 juin 1890 :

Nous prenons le côté droit qui est, à ce qu'il nous semble, le côté le plus commode pour l'opération.

Incision de 5 centimètres, descendant du haut de l'orifice externe du trajet inguinal à la partie antéro-externe du scrotum.

Ligature de quatre artérioles dans le tissu cellulaire sous-cutané : ce sont les seules ligatures qu'on ait eu à faire pendant l'opération.

A petits coups de bistouri, on s'avance au plus près du sac, en se guidant sur la consistance qu'il doit à sa distension par l'intestin.

Ouverture du sac, avec le secours de la pince à griffe. L'index, introduit dans la poche, apprécie l'ouverture du collet doué d'une élasticité plus forte qu'on ne l'aurait cru et qui s'oppose à la facile pénétration de l'index dans l'abdomen. Introduction du ballon, dont la petite extrémité s'engage à fond dans le trajet inguinal.

Occlusion de l'ouverture faite au sac au moyen de deux pinces, distension avec l'insufflateur. Écartement facile et rassemblement en arrière des éléments du cordon étalé sur la face postéro-interne du sac.

Dissociation et refoulement de plusieurs minces couches membraneuses, jusqu'à ce que la coloration rouge du caoutchouc apparaisse à travers une véritable pellicule distendue. L'énucléation est poussée jusqu'au dedans de l'orifice externe, en plein trajet inguinal.

Demi-torsion et traction du sac en bas. Ligature à double anse croisée, aussi haute que possible, avec du catgut n° 1.

Section du pédicule: le moignon remonte très vivement et disparaît dans l'abdomen.

Le sac est basculé en avant. On l'incise en laissant de la séreuse herniaire ce qui est nécessaire pour former une loge vaginale au testicule. Pas de suture de cette vaginale.

La partie de la séreuse laissée au testicule représente à peine la sixième partie de la poche: la partie excisée est portée sur la balance, elle pèse vingt huit centigrammes.

Lavage de la peau avec la liqueur de Van Swieten: légère insufflation de poudre d'iodoforme. Tube à drainage.

Six points de suture de la peau avec du crin de Florence.

Durée de l'opération: vingt-cinq minutes.

Le soir, la température atteint 39°; l'enfant été déprimé et agité. La nuit, insomnie complète.

Le 10 juin, la faiblesse continue, l'enfant est plus somnolent que abattu. T.: 38°5 le matin, 39° le soir. Lait, vin de Champagne.

Le 11 juin, abondante selle spontanée. T.: 38° le matin; 38°3 le soir.

Les 12, 13, 14 juin, diarrhée. Suppression du lait: grog, vin de Champagne.

A partir de ce moment les forces se relèvent, l'enfant est gai, la température est normale. État général excellent.

Le 18 juin, on lève le pansement: la réunion par première intention est parfaite en haut; les deux crins du bas ont coupé, et l'écartement découvre une surface grisâtre que l'on touche avec la teinture d'iode.

Pansement à sec au salol.

Le 24 juin, la cicatrisation est complète: la ligne de suture est sèche et nous nous préparons à opérer le côté gauche dans quelques jours.

L'opération de la cure radicale de la hernie gauche fut pratiquée le 9 juillet avec les mêmes préparatifs et le même procédé opératoire.

Les suites furent des plus simples, l'enfant ne cessa pas d'être gai. La température ne dépassa pas 37°,8.

Le lendemain de l'opération, le petit opéré eut une garde-robe abondante et le cours des selles resta définitivement réglé.

Le 23 juillet, l'enfant quitta l'hôpital entièrement guéri.

L'enfant nous est ramené le 4 septembre. Il a maigri à la suite d'un rhume causé par un refroidissement.

Les bourses sont normales. Pas trace d'impulsion ni à la vue ni à la palpation pendant l'effort et pendant la toux.

A cause de cette bronchite, nous conseillons par prudence l'usage d'un petit bandage de soutien en caoutchouc vulcanisé.

Le 25 septembre, nous revoyons l'enfant ; il tousse encore et a le soir des quintes coqueluchoïdes.

Malgré tout, l'état local est absolument irréprochable : la cure radicale a résisté à l'épreuve de ces efforts répétés.

Observation III

Hernie inguinale congénitale gauche. — Cure opératoire. — Guérison (1)

F. H..., âgé de huit mois, est porteur d'une hernie inguinale gauche, mal maintenue par un bandage.

Opéré pour un phymosis.

Opération de la cure radicale, le 8 juin 1883.

Contenu du sac herniaire : intestin grêle qu'on réduit sans difficulté. Isolement du sac à parois mince très pénible.

Ligature du sac aussi haut que possible, résection.

(1) Thèse d'Anderegg, Observ. VII, résumée.

Fièvres les premiers jours. Suppuration, tuméfaction du testicule. Guérison complète en vingt jours. Pas de bandage après l'opération. L'enfant est revu le 14 juillet 1885, pas de récurrence.

Ces deux observations sont extrêmement intéressantes. Elles nous montrent la possibilité de réussir une opération réputée longue, difficile et dangereuse, sur des enfants extrêmement jeunes, les plus jeunes qui aient subi jusqu'à présent, à notre connaissance, la cure opératoire des hernies. Nous pensons que l'enseignement que comportent ces faits est, non pas qu'on doive opérer de propos délibéré des enfants aussi jeunes, mais qu'il est possible, malgré cet âge, de les opérer impunément.

Observation IV

Hernie inguinale gauche congénitale (1)

Singlin W..., deux ans et demi.

Hernie scrotale depuis la naissance, augmente notablement depuis un mois, facilement réductible.

Opération de la cure radicale, le 19 mars 1879.

Contenu : l'intestin grêle et le testicule gauche. Suture du sac au-dessus du testicule ; ligature du collet et résection du reste. Ligature de l'anneau inguinal externe au moyen de deux catguts.

Guérison au bout de vingt-huit jours. Pas de bandage après l'opération.

Enfant revu le 19 juillet 1885, c'est-à-dire au bout de dix ans et quatre mois. Pas de récurrence.

(1) Thèse d'Anderegg, Observ. XXII, résumée.

Observation V

Hernie inguinale à droite. — Congénitale (sans communication vaginale). — Cure radicale. — Expulsion d'ascarides putréfiés. — Septicémie intestinale. — Accidents graves. — Guérison (1).

M. Championnière reçut dans son service, le 4 juin 1888, à l'hôpital Saint-Louis, le nommé C..., âgé de six ans et demi. Cet enfant avait une hernie depuis la naissance.

Il avait constamment porté bandage, mais la hernie sortait toujours. Il en souffrait constamment et ses parents demandaient instamment que l'on fit à l'enfant une opération pour le débarrasser de ces constantes misères, pour lesquelles ils l'avaient soigné sans relâche depuis l'enfance.

L'enfant paraissait du reste en bon état de santé, et, pour le faire séjourner le moins possible à l'hôpital, il fut opéré promptement, soit le 7 juin suivant.

M. Championnière constata la présence d'un sac très adhérent à l'épididyme, mais ne communiquant pas avec la tunique vaginale.

Ce fait est fort intéressant, car les parents étaient absolument affirmatifs sur la présence de la hernie dès la naissance; du reste, cette hernie était constituée par deux sacs réunis par un collet très étroit.

Le sac inférieur, où ne devait guère pénétrer les viscères, était celui qui était solidement adhérent à l'épididyme.

Au-dessus de lui, et communiquant avec celui-ci par un canal très étroit, était un sac fort large où les viscères pénétraient aisément.

Cette disposition en sablier est bien caractéristique des lésions congénitales; on les rencontre dans bien des circon-

(1) Lucas-Championnière, *Cure radicale des hernies*, 1892, p. 376.

stances où l'on est en droit de supposer la congénitalité (hydrocèle, ectopie ou hernie vaginale envois de guérison). L'opération, assez laborieuse, peut être résumée ainsi :

Dissection élevée. — Deux catguts sur le pédicule. Deux sutures perdues sur les parois. Neuf sutures superficielles en crin de Florence. Pas de drainage.

Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

L'enfant vomit un peu le premier jour ; température : 37°4.

Le deuxième jour, il vomit un lombric. Le troisième jour, la température monte à 38°4, et le quatrième elle arrive à 40°.

A partir de ce jour, il commence à rendre des selles fétides contenant des lombrics putréfiés, d'odeur infecte : huit sont rendus ainsi, dont six sont très fétides, deux étaient vivants.

Diarrhée continuelle, état typhique, douleurs abdominales.

Le 17 juin, il se fait de la désunion de la plaie et un peu de suppuration.

Le 13 juillet, il se fait tardivement une collection purulente qui occupe la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus du champ de la cure radicale. Dans ce pus, plusieurs débris allongés et fétides ont toutes les apparences de portions de lombrics pareilles à d'autres rendues dans les selles.

Le 24 juillet, le malade rend encore par une selle un lombric putréfié long de six centimètres.

A partir de cette dernière évacuation, l'état général, resté grave jusque-là, s'améliore rapidement ; l'enfant guérit bien et sort le 21 août, en très bon état. La cicatrice de la cure radicale est restée bien solide.

Il a été revu à plusieurs reprises depuis, dans un parfait état de santé.

Observation VI

Hernie inguinale droite. — Cure opératoire. — Guérison (1)

Enfant, âgé de sept ans.

Hernie inguinale droite survenue en jouant, il y a longtemps. Porte bandage, mais la hernie est incoercible et augmente rapidement de volume.

Cure radicale le 24 février 1888.

Ouverture du sac qui ne contient que de l'intestin et qui adhère à l'épididyme, mais sans contenir le testicule. Dissection du sac très haut, deux fils sur le pédicule, trois sutures perdues. Pas de drainage. Durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

L'enfant sort en très bon état avec une ceinture Rainal.

Suites remarquables par leur simplicité. Chez cet enfant à la sortie, quarante-trois jours après l'opération, il est impossible de sentir aucune impulsion. L'enfant est revenu six mois plus tard. Même état.

Observation VII

Hernie inguinale droite congénitale. — Hydrocèle. — Cure radicale. — Guérison (2).

Garçon âgé de sept ans, présente une hydrocèle congénitale avec hernie à droite. Hydrocèle varie beaucoup de volume. Hernie intestinale manifeste à la partie supérieure.

Cure opératoire le 23 mai 1889.

(1) Lucas-Championnière, *loc. cit.*, p. 648.

(2) Championnière, *loc. cit.*, p. 676.

Incision. Le sac de l'hydrocèle est rétréci à sa partie supérieure. Le sac herniaire communique avec lui par un petit orifice. Forme sablier, deux fils sur le pédicule, trois sutures perdues, un drain. Durée de l'opération, trente-cinq minutes.

Suites simples. L'enfant sort au bout d'un mois avec paroi irréprochable.

2° HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES IRRÉDUCTIBLES ET NON ÉTRANGLÉES. — Le caractère le plus habituel de ces hernies infantiles est leur irréductibilité partielle; mais certaines hernies adhérentes peuvent devenir complètement ou presque complètement irréductibles, quoique l'orifice herniaire soit large et laisse pénétrer le doigt dans l'abdomen. Les hernies congénitales, dont l'irréductibilité est assez ancienne pour être considérée comme définitive, sont une source constante de dangers et constituent une infirmité pénible et périlleuse. Elles empoisonnent de douleurs, de tiraillements, de coliques la vie du petit malade, qui est, en outre, exposé à des accidents graves qui rendent son existence peu enviable. Ces accidents sont l'inflammation herniaire, l'engouement, l'étranglement. Pour toutes ces raisons, nous croyons que *la cure opératoire est manifestement indiquée chez l'enfant et qu'un chirurgien prudent et prévoyant ne saurait temporiser.*

Effectivement, de telles hernies sont toujours mal contenues, même par les bandages les plus perfectionnés qu'on puisse rêver, et les inconvénients auxquels leur accroissement graduel sous le bandage donne lieu finissent par en faire une infirmité des plus pénibles. Dans ce genre de hernie, la guérison par le bandage est un rêve qu'il est inutile de poursuivre. Cependant Le Fort constate que, lorsqu'une épiplocèle inguinale irréductible est de médiocre volume, lorsqu'elle ne paraît pas se compliquer d'une petite entéroçèle, lorsqu'il n'y a pas de douleurs, un bandage à pelote concave suffit encore. Mais,

dans ce cas particulier, il s'agit plutôt de hernie acquise que de hernie congénitale, puisqu'on sait que les épiplocèles sont bien rares chez les enfants. Félizet recommande aussi le bandage à pelote concave dans le traitement des hernies irréductibles. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point et nous avons vu que le bandage peut guérir quelquefois les hernies irréductibles, mais la plupart du temps son emploi est dangereux et les résultats qu'il donne, dans l'immense majorité des cas, sont extrêmement aléatoires.

Enfin, on a dit que, pour être autorisé à prendre le bistouri, une dernière condition doit être remplie : il ne faut pas seulement que la hernie soit irréductible, il faut que son irréductibilité soit avérée : « Malgaigne, Brocā, Trélat et l'un de nous (1) ont insisté sur ce point de thérapeutique herniaire. « Patience et persévérance », disait Broca, repos horizontal; purgations répétées; régime alimentaire-réduit et demi-diète; dans les cas rebelles, emploi quotidien d'un spica ouaté de l'aine, avec la bande de caoutchouc; le sac à plomb à demeure sur la tumeur; tentatives rares de réduction: voilà les moyens de faire réintégrer en quelques jours ou en quelques semaines le domicile abdominal à des hernies irréductibles depuis des années. C'est surtout dans les énormes épiplocèles inguinales que cette méthode patiente fait merveille. »

Nous ne doutons pas de l'efficacité de ce traitement chez l'adulte; mais, quant à son application chez l'enfant, il ne faut pas y songer, il est condamné d'avance par le jeune âge du petit malade. D'ailleurs, c'est une pratique abandonnée aujourd'hui même par ses auteurs. « Bien que j'ai eu de nombreux succès, dit Trélat, j'ai abandonné cette pratique, et, dans ces sortes de cas, j'ai recours à la cure radicale. »

(1) Forgue et Reclus, *loc. cit.*, p. 591.

Observation VIII

Hernie scrotale congénitale irréductible. — Cure opératoire. — Guérison (1)

K. H..., deux ans.

Hernie inguinale congénitale droite depuis la naissance, son volume augmentait progressivement. Irréductibilité partielle.

Cure opératoire, le 28 janvier 1882.

Contenu du sac herniaire : une partie de l'épiploon, intestin grêle en grande partie, cœcum avec l'appendice vermiculaire et une partie du côlon.

Pas d'adhérences entre le sac et l'intestin.

Ligature et résection de l'épiploon.

Les adhérences du cordon spermatique au sac herniaire et de ce dernier au testicule sont très difficiles à détruire. On enlève cependant le plus qu'on peut du sac qu'on suture au niveau de l'orifice herniaire. Drainage. Pansement de Lister.

Le huitième jour après l'opération, on enlève les drains.

L'enfant quitte l'hôpital complètement guéri au bout de soixante-cinq jours avec un bandage.

On a revu l'enfant onze mois après l'opération. La guérison se maintenait. Pas d'impulsion de hernie.

Observation IX

Hernie congénitale partiellement irréductible. — Cure opératoire.
Guérison (2).

Enfant de sept ans.

Hernie inguinale droite congénitale, avec hydrocèle. Dou-

(1) Zeller, Clinique de Bergmann (*Berl. Klin. Woch.*, 1883, p. 786).

(2) Championnière, *loc. cit.*, p. 636.

loureuse après la marche. Partiellement irréductible. Enfant vigoureux, avec bonne paroi abdominale.

Opération de la cure radicale, le 18 août 1887. Sac difficile à dégager du cordon, on le dissèque à sa partie supérieure.

Résection de douze grammes d'épiploon attiré dans la plaie opératoire (deux fils). Deux fils sur le pédicule. Drainage.

Durée de l'opération : une heure et quart.

Guérison très facile. Petite ceinture Rainal. Cet enfant habite l'hôpital. Revu en mai, neuf mois après l'opération : la guérison se maintient, l'état de la région est remarquable par la solidité au niveau de l'anneau. Revu en 1892 (quatre ans et demi), bon état, ne porte pas de bandage. Va à la gymnastique.

3° HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES AVEC ECTOPIE TESTICULAIRE. — Comme il est impossible de distraire complètement ce qui concerne la migration du testicule de la hernie inguinale congénitale avec ectopie, nous allons faire une première mention de la descente incomplète du testicule.

D'abord organe abdominal, le testicule est peu à peu attiré par le gubernaculum testis, et il descend jusque dans le scrotum. Il est accompagné d'un prolongement séreux qui le précède ou qui le suit. C'est ordinairement dans le courant du neuvième mois de la vie intra-utérine que le testicule a achevé sa migration. Cette évolution normale du testicule peut être troublée par des causes qui échappent à l'observation directe, et dont l'explication, de par ce fait, est rendue impossible. Le testicule, arrêté sur sa route normale, est dit en « ectopie ». Plusieurs cas peuvent se présenter : le testicule peut être en ectopie abdominale ; en ectopie pro-péritonéale, en ectopie intra-inguinale ; ou enfin le testicule peut avoir franchi l'anneau externe, mais ne pas descendre jusqu'au fond des bourses. Dans ce dernier cas, presque toujours, l'anneau externe

est élargi, le testicule rentre dans le trajet inguinal sous la moindre pression, et il est assez difficile même de le maintenir au dehors, lorsqu'on réduit la hernie.

Quelle que soit la position du testicule, une hernie peut se produire. C'est que, comme l'a observé Cloquet, le cul-de-sac péritonéo vaginal, peut précéder dans les bourses l'organe qu'il est destiné à recevoir ; il reste ouvert, offre un passage tout frayé à l'intestin, tout comme si le testicule était à sa place normale. Chez les nouveau-nés notamment, la hernie précède assez souvent la descente du testicule qui l'accompagne dans tous ses déplacements. Enfin, lorsque le testicule est retenu dans l'aîne, le cordon ou l'épididyme peuvent descendre avec la hernie jusqu'au fond des bourses.

Quelles sont les raisons qui militent en faveur de la cure opératoire des hernies inguinales congénitales avec ectopie testiculaire chez l'enfant ? Pour répondre à la question ainsi posée, nous devons étudier successivement les contre-indications à l'application du bandage et les indications de la cure opératoire que nous fournissent le siège du testicule et l'existence de la hernie.

a) *Contre-indications à l'application du bandage.* — Nous avons vu, en étudiant les indications du bandage au sujet de la hernie congénitale avec ectopie testiculaire, que le bandage est formellement contre-indiqué presque dans tous les cas de ce genre de hernie. Certainement, il présente des inconvénients sérieux, sur lesquels nous ne saurions trop insister et que nous résumons comme il suit : 1° le bandage s'oppose à la migration du testicule, quand celui-ci se trouve fixé dans le trajet inguinal, ou bien, quand il y est introduit, après réduction en masse de la hernie et du testicule ectopié ; 2° il est, le plus souvent, douloureux et intoléré ; 3° il se déplace facilement et, dans l'immense majorité des cas, il devient offensif.

b) *Indications* fournies par le siège du testicule :

1° Depuis les importants travaux de Godard, il est admis que « tout testicule en ectopie n'a aucune valeur sexuelle. » Cette loi, ainsi formulée, a reçu dans ces dernières années quelques démentis. Mais, si de rares observations prouvent qu'elle comporte quelques exceptions, la loi reste générale, et il fait considérer comme nul, au point de vue de la génération, tout testicule en ectopie. Cette loi donc nous impose l'obligation d'intervenir, en faveur de la valeur sexuelle du testicule ectopié, toutes les fois que celui-ci n'a pas achevé sa descente vers l'âge de quatre ou cinq ans. En effet, il est un fait acquis aujourd'hui, que, si le testicule ectopié n'occupe pas sa place vers l'âge de quatre ou cinq ans, c'est que jamais il ne l'occupera.

Ainsi, nous sommes conduit, en tenant compte de la durée de migration du testicule, à conclure que *l'indication de l'intervention chirurgicale est complètement justifiée dans le courant de la quatrième ou de la cinquième année.*

2° Lorsque le testicule est en ectopie, il est constamment exposé à des froissements, à des traumatismes qui rendent la vie du petit malade plus insupportable qu'on serait tenté de le croire. En outre, le testicule est très douloureux, il est sujet à l'étranglement. Et pour l'avenir, ce testicule en ectopie de moindre résistance vitale est plus sujet à toutes les maladies qui peuvent affecter cet organe. Conserver le testicule, le remettre en place le plus tôt possible, tel doit être le but poursuivi par tous les chirurgiens. En ce qui concerne la conservation du testicule, nous sommes bien loin aujourd'hui de la pratique de Kraske(1) qui avait osé proposer la destruction systématique du testicule ectopié, pour mieux assurer la cure, dans les hernies de ce genre.

(1) Kraske, *Berl. med. Gesellschaft*, 26 nov. 1883, t. XX, p. 747.

C'est une pratique qui ne saurait être justifiée, surtout chez l'enfant ; le testicule doit toujours être conservé, à moins qu'il ne soit absolument atrophié, ou que, situé en ectopie, il ne puisse être ramené à sa place et fixé au fond du scrotum par une suture enchevillée. C'est un point qui a été solidement établi dans une discussion de la Société de chirurgie (1) soulevée par une communication de Tuffier.

c) *Indications* fournies par l'existence de la hernie. C'est un fait acquis à la science actuelle, que le développement physiologique d'un enfant porteur de hernie est troublé dans sa marche normale. Pour expliquer la cause de ses phénomènes d'arrêt dans le développement général, on s'est demandé si les enfants porteurs de hernies congénitales croissent mal, parce qu'ils sont de constitution générale défectueuse, ou si le fait d'être porteur d'une hernie, et surtout d'une ectopie testiculaire, peut contribuer puissamment à enrayer le développement général.

A ce sujet, Lucas-Championnière s'exprime en ses termes : « Pour moi, dit-il, il n'y a pas de doute possible, après les observations que j'ai pu faire. La hernie et l'ectopie testiculaire sont la cause de phénomènes d'arrêt dans le développement général du sujet et la cure radicale de la hernie ainsi que la correction de l'ectopie contribuent manifestement à favoriser le développement général du sujet. » La hernie, même en dehors des cas d'ectopie testiculaire, est certainement de nature à engendrer des vices de nutrition, parce qu'elle est une cause de mauvais fonctionnement de l'organisme. En outre, les enfants qu'on soumet à la cure opératoire prennent, rapidement après l'opération, bonne mine, grandissent et donnent tous les signes d'une amélioration dans leur santé générale, très évidemment liée à l'opération.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 314.

Ce n'est pas tout. A côté de ces considérations, il faut encore faire intervenir un autre élément favorable à la cure opératoire, c'est le défaut d'exercice auquel est condamné le petit malade par sa hernie ou par son bandage. En effet, l'enfant soumis à l'action du bandage, ou empêché par sa hernie, ne saurait prendre part à tous les exercices des enfants de son âge, ni aux travaux qui peuvent aider à son développement musculaire. A ce point de vue, l'opération de la cure radicale à l'âge où les enfants commencent à prendre une vie très active doit être considérée comme un grand bienfait. Ces constatations nous donnent encore un nouvel encouragement à opérer de bonne heure les enfants porteurs de hernies inguinales congénitales.

Ainsi tous les détails dans lesquels nous sommes entrés nous permettent de formuler une conclusion nette et formelle: *Dans les hernies inguinales congénitales compliquées d'ectopie testiculaire, la cure opératoire s'impose et doit être faite vers l'âge de quatre ou cinq ans.*

Observation X

Hernie inguinale gauche compliquée d'ectopie testiculaire. — Cure opératoire.
Guérison (1).

J... (Baptiste-Émile), âgé de six ans, entré salle Denonvilliers, lit n° 9, le 19 février 1889.

Le testicule droit est normal; le testicule gauche est absent; le canal inguinal de ce côté est occupé par une hernie existant depuis la naissance. A plusieurs reprises, on a essayé de la maintenir à l'aide d'un bandage qui n'a jamais pu être toléré.

(1) Jalaguier, *Société de chirurgie*, 17 avril 1889.

La hernie, qui est complète, dépasse le testicule qu'on peut sentir au-dessus de l'anneau inguinal ; il n'est pas possible de l'amener au dehors ; les pressions, à son niveau, sont très douloureuses.

Opération le 23 février 1889. La cure radicale de la hernie fut facile ; la séreuse détachée minutieusement des éléments du cordon fut liée très haut avec un catgut n° 1. Le testicule put être amené aisément au fond du scrotum, où je le fixai par deux points de catgut n° 1 passés, non dans l'albuginée, mais dans un lambeau de vaginale attenant à la queue de l'épididyme.

Suture très exacte du canal inguinal et de l'anneau par trois points de catgut. Suture des téguments au crin de Florence. Pas de drainage. Pansement iodoformé.

Le 2 mars, premier pansement pour enlever les fils, la cicatrisation est parfaite. L'opéré se lève le 9 mars et n'attend plus qu'un bandage pour quitter l'hôpital.

Le testicule est à la partie supérieure du scrotum, fixé contre l'anneau inguinal. Le fond du scrotum adhérent au testicule est invaginé en doigt de gant.

Le 1^{er} juillet 1889, c'est-à-dire plus de quatre mois après mon intervention, je revois l'enfant. Il a régulièrement porté son bandage qui ne le gêne en rien. Le testicule, qui a pris un notable développement depuis l'opération, est toujours à la partie supérieure du scrotum ; il est mobile au-dessous de l'anneau inguinal ; le cordon a environ un centimètre et demi de longueur. Il n'existe pas trace de hernie. Le fond du scrotum, qui s'était invaginé, a repris sa place, on ne trouve plus aucun vestige de l'adhérence produite par la suture.

En somme, bien que le testicule ne soit pas au fond du scrotum, le résultat de l'opération est très satisfaisant.

Observation XI

Hernie inguinale avec ectopie testiculaire. — Cure opératoire. — Guérison (1)

Georges P..., âgé de six ans.

Je suis cet enfant depuis six mois. Sa mère le conduit parce que de temps à autre il a sa bourse droite qui gonfle beaucoup et lui fait mal.

Le testicule gauche est à sa place. A droite, on a beaucoup de peine à s'assurer de la situation du testicule. L'anneau ne paraît pas ouvert au doigt. On n'y fait disparaître qu'une des grosseurs qui semble manifestement être un organe hernié. Il reste alors entre les doigts deux tuméfactions, très transparentes toutes les deux, qui sont évidemment des kystes, et dans chacune d'elles il semble qu'on rencontre un organe ressemblant au testicule. Je pensais à une hernie compliquée de kystes du cordon, mais j'insiste sur ce point que je ne pus jamais déterminer la situation du testicule. M. Nicaise n'a pu, lui aussi, se prononcer à ce sujet.

Revu à plusieurs reprises, cet enfant a souvent sa bourse droite à l'état normal, mais il est toujours bien difficile de préciser le testicule.

J'ai fait la ponction de la vaginale et ai retiré du liquide (M. Nicaise en avait déjà fait une, il y a deux ans).

Les accidents de gonflement et de douleurs sont revenus.

Je fis faire à l'enfant un bandage qui ne put pas être supporté. Toutes les fois qu'on le lui mettait, l'enfant criait, se trouvait mal.

Le 16 novembre 1888, cure radicale.

C'est une hernie congénitale épiploïque, la vaginale est en outre épaissie fortement vers la queue de l'épididyme, de

(1) Thèse de Chauveau, observation de Routier (résumée).

façon à simuler le testicule qui est sain, mais très petit, et situé au-dessus, à mi-chemin entre cette tuméfaction et l'orifice inguinal. Cet épaississement de la vaginale pourrait bien être le résultat des injections modificatrices antérieures, d'autant plus qu'à son niveau il y avait de fausses membranes.

Résection d'une masse d'épiploon de 17 centimètres de long. Traction sur le sac de manière à rendre visible, vers le fond du canal, un étranglement annulaire qui doit correspondre probablement à l'orifice du canal inguinal. Un point de capiton à la soie à ce niveau, puis deux autres points qui ferment complètement le canal. Reconstitution de la vaginale à la soie. Drain, crin de Florence. Salol.

18 novembre. — Ablation du drain. Guérison.

Observation XII

Hernie inguinale. — Ectopie testiculaire gauche. — Cure opératoire.
Suture des piliers (1).

Alfred G..., demeurant 53, rue Piat, entre à l'hôpital, salle Dolbeau, n° 1, le 21 novembre 1889, pour une ectopie testiculaire inguinale externe, avec hernie interstitielle se confondant avec le testicule.

La hernie n'est pas gênante, mais le testicule est, pendant les efforts et la marche, le siège de douleurs atroces allant jusqu'à la lipothymie.

A droite, hydrocèle vaginale avec testicule rudimentaire, appendu à un cordon grêle.

La virilité de l'enfant réside donc exclusivement dans le testicule sur lequel va porter notre intervention.

Au dire de la mère, l'apparition du testicule à l'aîne remonterait à deux mois seulement.

(1) Félizet. *loc. cit.*, 1892, p. 31.

Le 25 novembre, opération de la cure radicale. Le testicule est normal et semble extérieur au sac herniaire très petit. Ce sac est tellement petit qu'il ne paraît pas possible de le lier : on réduit l'intestin, on abaisse le testicule et on rapproche les piliers au contact, au moyen de trois catguts.

Guérison en un mois : la réunion ne s'est pas faite par première intention ; la plaie s'est en partie ouverte le huitième jour et a suppuré.

Exéat le 12 janvier 1890.

Le testicule est accolé à la paroi abdominale contre l'orifice externe suturé. Il est dur et à peu près immobile dans la masse du tissu cellulaire de la région.

Nous revoyons le malade le 15 juillet 1890 (six mois après l'opération) ; il n'y a plus d'impulsion herniaire.

Les piliers se sont écartés, et le testicule, qu'il n'est pas possible d'abaisser, remonte facilement et se loge dans le trajet inguinal, béant au dehors.

Observation XIII

Hernie inguinale double. — Ectopie testiculaire double. — Cure opératoire.

Guérison (1).

C'est en 1887 que je vis pour la première fois l'enfant sur lequel j'ai fait cette double opération. On me l'amenait à cause de douleurs violentes, dont une hernie avait été le siège. C'était un enfant de dix ans, malingre, souffreteux, il avait l'air d'en avoir huit à peine. Il portait deux hernies inguinales datant de la naissance. Ces hernies ne se dilataient pas beaucoup. Même après une station debout prolongée, leur volume augmentait peu. L'enfant, du reste, était peu actif.

(1) Championnière, *loc. cit.*, p. 253.

La hernie droite était le siège, de temps en temps, de douleurs vives qui prenaient par crises et que dissipait un repos assez prolongé. Au palper, on sentait les viscères qui s'engageaient dans le canal à droite, et, en pesant assez fort sur l'abdomen, on réussissait à sentir à la partie supérieure du canal inguinal le testicule, que l'on y refoulait un peu sans réussir à le faire descendre plus bas, à le faire saillir hors du canal.

À gauche, on sentait les viscères qui descendaient, mais il était impossible d'entraîner le testicule comme du côté opposé. Le testicule siégeait des deux côtés dans la fosse iliaque.

L'état général de l'enfant, constamment souffrant, était si mauvais que je le gardai dans mon service pendant quatre mois, sans rien lui faire.

L'enfant T... fut opéré du côté droit, le 26 octobre 1887.

L'ouverture de la hernie ne différait pas sensiblement de celle à faire pour les opérations ordinaires. Difficultés dans la recherche du testicule, abaissement de celui-ci. Dans le scrotum rudimentaire, je creusai une loge avec mon doigt. Le testicule y fut glissé avec les débris de séreuse l'enveloppant et ces débris de séreuse reliant l'épididyme au testicule servirent à le fixer au fond des bourses avec trois points de catgut. La région fut refermée avec des points de suture profonds et superficiels.

Quatre mois après, le 16 février 1888, la même opération fut répétée sur le côté gauche.

Les suites de ces opérations furent très simples. Elles guérirent sans suppuration aucune. Quand le patient sortit au bout de deux mois, l'état était satisfaisant, les hernies étaient parfaitement guéries. À droite, le testicule semblait avoir une tendance à remonter vers l'anneau inguinal externe. À gauche, le testicule, beaucoup plus petit et de misérable apparence, remontait vers la racine de la verge.

Au bout de quelques mois, ces dispositions s'étaient accentuées un peu, mais l'enfant était déjà beaucoup amélioré, ne souffrant plus de ses hernies et paraissant en voie de grandir.

Revu près de trois ans plus tard, le 6 juillet 1890, l'enfant s'était modifié au point d'être méconnaissable. Il avait grandi dans une énorme proportion. Il était infiniment plus intelligent et ne différait plus des enfants de son âge.

Le testicule droit était remonté un peu vers la racine des bourses et vers l'anneau correspondant; mais il était assez défendu par la branche montante du pubis pour qu'il ne pût être heurté par les chocs en avant. Il avait autant de développement que les testicules des enfants de cet âge. A gauche, au contraire, le testicule était atrophié, n'ayant, en quelque sorte, pas changé de volume depuis l'opération; il ne causait plus aucune douleur.

Pour les hernies, le succès était complet. Pas d'impulsion, pas de douleur et l'enfant avait passé par des périodes de toux qui auraient pu altérer les résultats de l'opération.

C'était donc bien un succès complet pour les hernies; et, pour les testicules, un des côtés donnait pleine satisfaction. Du côté le moins favorisé, les résultats étaient encore appréciables, car les douleurs qui existaient autrefois avaient complètement disparu.

4° HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES COMPLIQUÉES DE DIFFORMITÉS CONGÉNITALES.— Dans la remarquable observation de Richelot, communiquée à la Société de chirurgie de Paris et que nous reproduisons en entier, il s'agit d'un enfant âgé de deux ans, atteint d'exstrophie vésicale, d'épispadias et de hernie inguinale congénitale. Ce petit malade fut opéré de son exstrophie vésicale le 27 janvier 1886; trois mois après, la cure opératoire fut pratiquée et donna des résultats aussi satisfaisants que possible.

Richelot proteste contre les affirmations de certains auteurs qui prétendent que les hernies inguinales congénitales accompagnant l'exstrophie vésicale guérissent d'elles-mêmes, après l'autoplastie, par rétraction cicatricielle. La hernie de son petit malade, au lieu de guérir, sortait volumineuse dans la station verticale et gênait l'enfant pour marcher.

Nous rapprocherons de ce genre de hernies inguinales les hernies congénitales s'accompagnant d'incontinence d'urine. D'après M. le professeur Forgue, l'intervention sanglante s'adresse non seulement à la hernie, mais encore à l'incontinence qui résiste à tous les autres moyens.

Observation XIV

Exstrophie de la vessie. — Hernie congénitale. — Cure opératoire.
Guérison (1).

Henri B..., âgé de deux ans, atteint d'exstrophie de la vessie, est à l'hôpital Bichat depuis le mois de novembre 1885. Sa difformité offre les caractères ordinaires de l'exstrophie vésicale; la surface muqueuse a une surface de 4 centimètres dans tous les sens, et comprend l'ombilic dans son bord supérieur; orifices des uretères facilement visibles, pénis rudimentaire, gland et prépuce notablement développés. Le pénis est taillé en gouttière, et le prépuce, ouvert en haut, n'occupe que la partie inférieure du gland. Écartement du pubis modéré, testicules descendus, périnée d'aspect à peu près normal, hernie inguinale droite volumineuse. L'enfant n'offre pas d'autre vice de conformation; il est fort et bien portant.

Je laisse de côté l'histoire de l'exstrophie, les détails de l'opération que j'ai faite le 27 novembre et toutes les péripéties

(1) Richelot, *Union médicale*, 22 avril, 1888.

du traitement dirigé contre cette infirmité. L'observation *in extenso* est publié dans l'Union médicale du 10 octobre 1886.

On dit que souvent les hernies congénitales accompagnant l'exstrophie guérissent d'elles-mêmes après l'autoplastie, par la rétraction cicatricielle. Chez Henri B..., il n'en fut rien ; sa hernie inguinale droite sortait volumineuse dans la station verticale et gênait l'enfant pour marcher ; il y eut même pendant quelques jours, une tuméfaction inflammatoire douloureuse qui l'obligea de rester au lit. Aussi me décidai-je à la cure radicale, qui fut pratiquée le 4 avril. J'incise les téguments, j'ouvre le canal séreux, et par de simples tractions je le déchire au-dessus du testicule, laissant à la vaginale, isolée du péritoine par ce procédé sommaire, le soin de se fermer d'elle-même. Puis, saisissant avec une pince la partie inférieure du canal séreux, je le dissèque sans autre outil que la pince et les doigts, jusque dans la profondeur du trajet inguinal. Arrivé là, je le résèque au-dessous d'un fil qui oblitère le péritoine. Je n'eus aucune difficulté à séparer la séreuse des éléments du cordon, et cette cure radicale fut faite, en résumé, par l'oblitération du péritoine, avec résection du conduit péritonéo-vaginal et respect absolu du testicule.

La réunion primitive se fit à souhait, et le petit malade fut guéri comme on peut l'être d'une exstrophie vésicale, c'est-à-dire qu'il est sorti de l'hôpital bien portant, avec un appareil appliqué dans de bonnes conditions.

5° HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES DOULOUREUSES. — Cette variété de hernies congénitales comprend des hernies incoercibles, des hernies congénitales avec ectopie testiculaire et des hernies douloureuses. Il est impossible, dans certains cas, de dire exactement pourquoi les enfants ne peuvent supporter aucune pression. Dans tous ces cas, l'intervention chirur-

gicale est justifiée par l'impossibilité de supporter le bandage et l'opération est le seul moyen d'apporter au petit malade le soulagement qu'il réclame.

Observation XV

Hernie congénitale douloureuse. — Opération de la cure radicale.
Récidive (1).

Kaiser A..., âgé de cinq ans.

Le petit malade est porteur, depuis l'âge de quatre semaines, d'une hernie inguinale droite congénitale. Plusieurs bandages restèrent sans effet. La hernie devient douloureuse.

Le volume de la hernie est celui d'un poing d'enfant, elle est réductible. Phymosis.

Opération de la cure radicale, le 26 février 1883.

Ouverture du sac herniaire. On réduit l'intestin. Dissection et résection du sac. Suture de l'orifice inguinal externe. Guérison au bout de vingt et un jours. Pas de bandage après l'opération. Récidive au bout de deux ans.

Observation XVI

Hernie inguinale douloureuse. — Cure opératoire. — Guérison (2)

Enfant âgé de trois ans. La hernie parut, au dire de la mère, immédiatement après la naissance et descendait, lorsque l'enfant était debout, jusqu'aux genoux.

Cure opératoire. Incision de la peau remontant jusque sur la paroi abdominale. Le doigt, introduit dans le sac, réduit

(1) Thèse d'Anderegg, Observation XX, résumée.

(2) Billroth, *Semaine médicale*, 1885, p. 438.

assez facilement la hernie. Le sac est isolé, puis lié au-dessus de son collet. Résection du sac. Réunion de la plaie par quelques points de suture. Pansement iodoformé.

La guérison s'effectue normalement. Enlèvement des fils. Il n'y a pas de suppuration, la température est restée normale. L'enfant sort de l'hôpital guéri.

Observation XVII

Hernie inguinale réductible. — Cure radicale. — Mort (1)

R. R..., trois ans.

Hernie de naissance à droite, de volume d'un œuf de poule, à gauche la tumeur arrive presque jusqu'aux genoux. Réduction facile.

Cure radicale du côté gauche, le 9 novembre 1883.

Contenu : l'intestin grêle avec le cœcum, testicule et une partie de l'épiploon. Dissection du sac très difficile, excision d'une partie seulement. La surface séreuse réunie au niveau du collet à l'aide de six sutures au catgut. Suture des piliers.

L'état du petit malade était très bon après l'opération, mais le neuvième jour survint une pneumonie du côté gauche qui emporta le malade le seizième jour après l'opération.

Observation XVIII

Hernie congénitale réductible. — Cure opératoire. — Guérison (2)

H. S..., garçon de quatre ans.

Hernie inguinale gauche de naissance, grosse comme le

(1) Zeller, *loc. cit.*, p. 786.

(2) Zeller, *loc. cit.*, p. 787.

poing, facilement réductible. Augmentation de volume pendant la dernière année. N'a jamais porté de bandage.

Opération de la cure radicale, le 20 août 1883.

Adhérences intimes du sac avec le testicule et le cordon spermatique. Excision d'une grande partie du sac avec beaucoup de ménagement pour le cordon. Drainage.

Le malade quitte l'hôpital le 11 septembre. Trois mois après il fut réexaminé. Pas de récurrence. Guérison complète.

Ces deux observations nous montrent qu'à la clinique de Bergmann on opère de parti pris les enfants hernieux.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION ET CRITIQUE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES MODERNES.

La cure opératoire, pour être effective, doit répondre à deux grandes indications : supprimer toute fossette péritonéale ; obtenir l'occlusion complète du trajet herniaire. Sans ces deux conditions on s'expose à des récidives. Nous verrons dans un instant dans quelles proportions ; les différents chirurgiens ont répondu à ces indications opératoires.

Laissant de côté les anciens procédés de cure opératoire, dont on trouve la description dans la thèse de Segond, nous ne nous occuperons que des procédés modernes. Ceux-ci se divisent d'une façon générale en trois classes : l'occlusion de l'anneau ; l'occlusion du sac herniaire ; enfin, la combinaison de ces deux procédés.

Certains chirurgiens limitent leur intervention aux parties superficielles, craignant d'engager le bistouri dans les régions dangereuses de la profondeur ; d'autres, plus hardis, portent leur action de plus en plus loin, jusqu'à constituer l'opération complète que nous préconisons aujourd'hui, en nous appuyant sur la pratique établie par Lucas-Championnière.

Aussi, envisageant la question sous cet autre point de vue,

peut-on encore classer les différents procédés de la façon suivante :

Opérations superficielles et opérations profondes.

I. — OPÉRATIONS SUPERFICIELLES

A. — Manœuvres portant sur le sac herniaire seul

1° PROCÉDÉ DE SCHEDE (1). — Ce n'est qu'une kélotomie sans débridement. Cet auteur ouvre le sac herniaire, réduit son contenu, place un drain dans le collet du sac, puis termine en faisant une suture du sac aux lèvres de l'incision cutanée.

Ce n'est pas réellement une cure opératoire, puisque on laisse un infundibulum séreux plus ou moins grand. Cette cure n'est qu'une opération purement palliative. Ce mode de suture souvent employé par Schede n'est autre que celui dont Volkmann se sert dans l'hydrocèle et les kystes thyroïdiens traités par l'excision.

2° PROCÉDÉ DE JULLIARD, de Genève (2). — Julliard a inventé un procédé dit « du capitonage ». Après avoir lié le collet, aussi haut que possible, à l'aide d'un fil de catgut, Julliard fait la suture à points séparés des bords de l'incision du sac, et termine en accolant ses parois à l'aide d'une série de points de suture en capiton, qu'il ne faut pas craindre de multiplier. Dans un cas, ce chirurgien en a fait dix-huit.

La ligature du collet a pour but de prévenir l'effusion du liquide péritonéal dans l'intérieur de l'ancienne cavité herniaire; et la suture en piqué assure le contact exact des parois du sac. Sans cette dernière manœuvre les parois flottantes du sac formeraient, après la suture de la peau, une série de replis peu favorables à la réunion de la plaie.

(1) Schede, *Cent. für Chir.*, 1877.

(2) Julliard, *Cure rad. des hernies* (Thèse de Second, 1883).

Terrillon a modifié ce procédé en l'appliquant au collet du sac lui-même. Le sac étant ouvert et les organes herniés réduits, ce chirurgien traverse de part en part le collet du conduit vagino-péritonéal à l'aide d'une série de fils de catgut, de façon à l'aplatir transversalement et à adosser les parois ainsi formées l'une contre l'autre, en ayant soin de remonter le plus haut possible dans le canal inguinal.

Terrillon a pratiqué ce procédé dans la cure opératoire de plusieurs hernies congénitales volumineuses. Il croit pouvoir atteindre l'orifice inguinal profond et comprendre dans la série de ses « capitons » tout le canal séreux jusqu'à cet orifice. Par l'adossement et la réunion cicatricielle du conduit péritonéo-vaginal, il espère avoir un cordon dur, résistant, adhérent sur toute la longueur du trajet inguinal et formant, pour la cicatrice péritonéale à laquelle il est intimement lié, une barre d'appui solide, un véritable pilier de soutien.

En est-il ainsi en réalité ? Pour pratiquer cet adossement espéré dans toute la hauteur du canal inguinal, on est bien obligé de disséquer la séreuse jusqu'à l'orifice profond. De deux choses l'une : ou la dissection du sac est complète et la mobilisation suffisante, et alors pourquoi ne pas enlever le sac et permettre ainsi aux surfaces cruentées de se réunir, et de former de cette façon une cicatrice de soutien réellement solide ; ou la dissection est incomplète, la mobilisation ne se fait qu'imparfaitement, on laisse alors un infundibulum séreux qui constitue une amorce certaine pour une nouvelle hernie. La récurrence avec ce procédé est donc presque certaine.

3° PROCÉDÉ DE RIESEL (1). — Dans ses premières observations, Riesel dissèque le sac au voisinage de son collet, sans l'ouvrir, invagine aussi loin que possible son fond dans le

(1) Riesel, *Deutsch. med. Woch.*, 1887.

collet et le fixe dans cette position, en le transfixant à l'aide d'un fil de catgut.

Comme on le voit, ces chirurgiens se contentent d'obturer le sac au niveau de l'orifice externe du trajet herniaire. Leur méthode incomplète laisse persister toute la portion du collet qui se trouve dans le trajet inguinal, et il reste ainsi une amorce considérable qui pourra un jour servir de point de départ à une hernie nouvelle.

B. — Opération s'attaquant à l'anneau seul

4° PROCÉDÉ DE STEELE (1). — Le sac étant mis à nu, la hernie réduite, Steele avive les piliers et les réunit par deux points de suture au catgut.

Ce procédé est encore plus rudimentaire, et partant insuffisant.

C. — Opération s'attaquant au sac et à l'anneau

5° PROCÉDÉ DE REVERDIN (2). — Cet auteur a proposé de faciliter les rapprochements des piliers en pratiquant de petites incisions libératrices parallèles à leurs bords. Il combine avec la résection du sac la suture des piliers. Pour favoriser le rapprochement de ces derniers et éviter leur section par les fils placés dans leur épaisseur, il fait parallèlement au pilier interne du canal inguinal et au-dessus de lui plusieurs petites incisions libératrices comprenant seulement l'épaisseur de l'aponévrose du grand oblique.

C'est encore un procédé incomplet, auquel on peut faire les mêmes objections que pour les procédés ci-dessus.

(1) Steele, Thèse de Second, *loc. cit.*, 1883.

(2) Reverdin, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1881.

II. — OPÉRATIONS PROFONDES

D. — Manœuvres portant à la fois sur le sac, l'anneau et le trajet inguinal.

6° PROCÉDÉ DE CZERNY (1). — Devant l'insuffisance des procédés précédents, divers chirurgiens reconnurent la nécessité d'aller plus loin et de sectionner ou de refouler plus profondément le collet du sac herniaire.

C'est ainsi que nous voyons Czerny s'efforcer d'obtenir l'occlusion du sac au-dessus des bords de l'anneau. Dans ce but, après avoir largement ouvert le sac, il fait saisir avec des pinces les lèvres de l'incision, et les fait attirer au dehors pour voir le plus haut possible dans l'intérieur du collet. Alors par une sorte de suture en faufil, dont chaque point attaque le collet par sa face interne, il amène les surfaces séreuses en contact afin d'obtenir leur accollement. Il abandonne ensuite le sac dans la plaie ou l'extirpe, et termine par la suture des piliers.

Cette opération est d'une exécution difficile, et de plus le point de suture le plus élevé remontant peu haut, elle est très incomplète au point de vue de la cure opératoire, puisqu'elle laisse un cul-de-sac séreux très profond dans le canal inguinal.

7° PROCÉDÉ DE NUSSBAUM (2). — Après avoir disséqué le sac, Nüssbaum aussi cherche à lier le collet le plus haut possible. Pour y arriver, il fend la paroi antérieure du canal inguinal, isole le collet et le lie au niveau de l'extrémité postérieure de l'incision pratiquée, puis il extirpe le sac ou l'abandonne dans la plaie.

(1) Czerny, *Cent. für. Chir.* 1883.

(2) Delagenière, *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 100.

8° PROCÉDÉ DE SOCIN (1). — Socin isole le sac au moyen du doigt, d'une sonde, ou à l'aide de ciseaux pour la hernie crurale jusque dans l'anneau, et pour la hernie inguinale jusque dans le canal aussi loin qu'il le peut; puis le sac est tiré fortement hors de son anneau, traversé le plus haut possible avec un fil double qu'il lie des deux côtés. Il le sectionne ensuite, rentre le pédicule, et pratique la suture des piliers dans un grand nombre de cas.

9° PROCÉDÉ DE BALL (2). — Ball a donné un nouveau procédé par torsion du sac. « J'isole le sac, dit-il, le mieux possible jusqu'à l'orifice interne, je réduis la hernie, puis je saisis le sac vide avec une pince et le tords fortement sans le déchirer; en général trois ou quatre fois suffisent; je fais tenir la pince à un assistant et applique une ligature au sac, aussi haut que possible. » Le collet ainsi tordu est traversé par deux points de suture qui comprennent les piliers inguinaux interne et externe, et qui maintiennent ainsi la torsion du pédicule du sac, dont on extirpe le corps par une section pratiquée au-dessous de la ligature. La tension du péritoine, déterminée par la torsion du sac, serait suffisante, suivant Ball, non seulement pour effacer toute dépression infundibuliforme au niveau de l'orifice herniaire, mais pour faire rentrer et disparaître le sac d'une hernie inguinale du côté opposé.

Ce procédé peut donner d'excellents résultats, mais à la condition essentielle d'avoir bien disséqué le sac jusqu'à l'orifice profond. Autrement il pourrait rester un infundibulum, et le procédé encourrait les mêmes reproches que les précédents.

On peut craindre encore de rompre, dans ce mouvement de

(1) Socin, *Revue med. de la Suisse romande*, 1881, et Anderegg, Th. de Bâle, 1886.

(2) Ball, *British med. Journ.*, 1884, p. 461, et 1887, p. 1272.

torsion, soit le sac, soit la séreuse au-dessus du collet et provoquer ainsi des accidents qui pourraient être graves.

10° PROCÉDÉ DE BANKS (1). — Après avoir lié le collet le plus haut possible et réduit le moignon dans l'abdomen, Banks procède à l'occlusion d'une partie du canal inguinal. Il passe à des hauteurs différentes deux ou trois fils d'argent destinés à rapprocher l'une de l'autre les parois antérieure et postérieure du canal. Le premier fil est situé au niveau des piliers qu'il traverse ; les deux autres sont placés au-dessus. Ces fils d'argent sont abandonnés dans les tissus dans l'espoir de servir d'obstacle permanent au relâchement des piliers, et par suite à la formation d'une nouvelle hernie (1).

11° PROCÉDÉ DE LÉONTÉ (2). — Ce procédé comprend trois temps.

Premier temps. — Incision des téguments, couche par couche, le long de la tumeur, à partir de son collet jusqu'à son fond. Incision du sac et réduction dans l'abdomen de son contenu ; lorsqu'il y a des adhérences, il les détache afin de pouvoir réduire. Quant à l'épiploon, au lieu de le réséquer à la manière de la plupart des auteurs, il le réduit aussi ; ce n'est que dans le cas d'altération qu'il le résèque.

Deuxième temps. — Traction à l'aide de la main gauche sur le sac et son collet, de manière à rendre apparent l'orifice abdominal du collet et à exposer ainsi la portion de séreuse abdominale, voisine de cet orifice. A ce niveau et pendant qu'il exerce la traction, il fait une incision circulaire de la séreuse à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes ; immédiatement les deux bords séreux résultant de l'incision s'écarteront.

(1) Banks, *British med. Journ.*, 1887.

(2) Léonté, troisième Congrès de chirurgie, 1888.

tent l'un de l'autre, laissant à nu le tissu cellulaire sous-jacent. La séreuse du bord supérieur de l'incision a même de la tendance à se recroqueviller en dedans, et l'auteur favorise ce recroquevillement en décollant et refoulant cette séreuse, soit à l'aide de l'ongle, soit avec la pince. C'est ainsi que se trouve oblitéré l'orifice supérieur du trajet herniaire ; pour compléter cette occlusion, à l'aide du catgut il fait une suture en bourse de toute la surface séreuse qui résulte de l'écartement des deux bords de l'incision circulaire.

Léonté abandonne le sac dans la plaie ; mais, pour obtenir la réunion de ses parois, il pratique seulement un râclage superficiel de toute l'étendue de sa face interne à l'aide de la curette.

Troisième temps. — Pour les sutures, il se sert de fils d'argent ou de fils de soie, comprenant dans leur anse et les parois du sac et les téguments.

Ces différents auteurs, en s'efforçant de poursuivre plus loin la dissection du sac herniaire, ont certainement accompli déjà un grand progrès ; ils ont diminué l'amorce et par conséquent les chances de récidives : malheureusement l'opération ainsi conçue est encore incomplète.

12° PROCÉDÉ DE BARKER (1). — Cet auteur étreint le pédicule du sac isolé par une ligature en masse très serrée, coupe le collet au-dessous de cette ligature, extirpe le sac. « Passant alors successivement les deux chefs de la ligature du pédicule dans le chas d'une aiguille à manche fixe, il les porte dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'un en dedans, l'autre en dehors de l'anneau inguinal profond, le plus haut possible ; il les fait alors traverser la paroi abdominale d'arrière en avant, puis il les lie en avant de l'aponévrose du grand

(1) Barker, *Brit. med. Journ.*, 1887, t. VI, p. 1203.

oblique (1). » La striction exercée par ces fils a pour effet d'attirer et de retenir dans le ventre, au-dessus de l'orifice profond, le pédicule du sac qui fait à ce niveau une saillie destinée à prévenir l'engagement de l'intestin dans le trajet inguinal, et de fermer en outre l'anneau interne par un point de suture profond. Cet opérateur passe de plus, à des hauteurs différentes, cinq ou six fils destinés à rapprocher l'une de l'autre les parois postérieure et antérieure du trajet inguinal.

13° PROCÉDÉ DE MACEWEN (2). — Cette opération comprend deux temps : le sac, plissé plusieurs fois sur lui-même, est retroussé jusqu'à l'anneau inguinal interne, auquel on le fixe, formant ainsi un coussin à convexité tournée vers l'abdomen : puis l'auteur cherche à restaurer la disposition oblique du trajet inguinal.

Le sac étant disséqué et parfaitement isolé au niveau du collet, Macewen détache avec le doigt le péritoine tout autour de l'orifice interne du trajet inguinal dans une étendue d'un demi-pouce ; puis il reconnaît la situation exacte de l'artère épigastrique, pour être sûr de l'éviter dans le cours de l'opération. Il existe donc à ce moment, tout autour de l'anneau interne, entre le péritoine et la paroi abdominale, un espace dans lequel on se propose de loger ultérieurement le sac. Ceci fait, Macewen passe à faufil, à travers les deux parois du sac accolées, en allant du fond vers le collet, un fil destiné à amener le pelotonnement du sac sur lui-même.

L'extrémité libre de ce fil est passée d'arrière en avant, à travers la paroi abdominale, à un pouce au-dessus de l'orifice profond. Une fois le fil passé, on le tire, le sac se pelotonne. On refoule ainsi le sac pelotonné dans le canal, au fond duquel

(1) Berger, *Traité de chirurgie*, t. VI, 1892.

(2) Macewen, *Ann. of surgery*, vol. VI, 1886, p. 89.

il va se loger dans l'espace qu'on lui a préparé. Pour le fixer dans cette situation, on arrête le fil par un nœud sur l'aponévrose du grand oblique.

Cette opération est complétée par une suture qui doit rétablir la forme du canal inguinal. « Pour cela, une anse de fort catgut, difficilement résorbable est passée en travers de l'aponévrose du transverse en dedans de l'anneau interne, de telle sorte que le plein de cette anse se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et que ses chefs émergent dans le trajet inguinal; ils sont ramenés en avant du cordon, passés au travers de l'aponévrose du grand oblique près de son insertion à l'arcade crurale, enfin serrés et fixés ensemble par un nœud en avant de l'aponévrose du grand oblique. Plusieurs points de suture superposés sont disposés de la sorte : ils rapprochent la paroi postérieure et interne du trajet inguinal de sa paroi superficielle et externe, et en les maintenant au contact ils restaurent l'obliquité de ce trajet (1). »

C'est un des meilleurs procédés de cure opératoire. Comme on le voit, le sac est disséqué soigneusement, ainsi que le collet jusqu'à l'orifice profond. Ce procédé a été presque universellement adopté, en Angleterre et même en Allemagne. Mais il est difficile surtout avec des sacs volumineux. A part ce reproche, il peut donner et il a donné d'excellents résultats dans la cure opératoire des hernies.

14° PROCÉDÉ DE BASSINI (2). — Ce procédé a pour but la reconstitution des parois antérieure et postérieure du canal inguinal. Bassini ouvre largement le canal inguinal dans toute son étendue, en incisant l'aponévrose du grand oblique, il sépare le sac du cordon spermatique, poursuit cet isolement jusqu'à la fosse iliaque, résèque le sac au-dessous d'une liga-

(1) Berger, *loc. cit.*, p. 733.

(2) Bassini, *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, p. 423.

ture. « Puis faisant attirer le cordon en dehors, il unit par une suture en surjet le tendon conjoint (aponévrose du transverse) à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope; cette suture commence immédiatement à l'anneau inguinal profond, qu'elle rétrécit; elle se continue jusqu'au pubis et elle restaure ainsi la paroi postérieure du trajet inguinal. On laisse le cordon spermatique revenir à sa place et l'on unit, en avant de lui, les deux bords de l'incision du grand oblique par une suture en surjet (1). »

C'est un excellent procédé. Berger lui donne la préférence, en faisant précéder la restauration du canal inguinal par le rebroussement et la fixation du pédicule du sac, en l'associant, par conséquent, au procédé de Barker.

15° PROCÉDÉ DE FÉLIZET. — Pour faciliter l'isolement du sac herniaire, Félizet se sert d'un ballon de caoutchouc rouge, en forme de poire, recevant à sa base un tube de caoutchouc muni d'un robinet pour établir ou interrompre à volonté la communication avec un insufflateur.

Premier temps. — Les précautions antiseptiques étant prises, on pratique une incision cutanée s'étendant de la partie la plus élevée de l'anneau à la partie moyenne de la tumeur herniaire.

Hémostase artérielle; ligature de deux ou quatre artérioles des honteuses. On sectionne soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, les plans fibreux naturels ou adventices; on s'arrête au plus près du sac.

Comme on le voit, ce premier temps ne présente rien de particulier.

« On a fait en sorte que le malade soit amené sur le lit

(1) Berger, *loc. cit.*, p. 733.

(2) Félizet, *loc. cit.*, p. 42.

d'opération avec sa hernie dehors. Si la hernie est rentrée et ne veut pas sortir, l'opération est assez délicate. Le doigt apprécie encore assez facilement, chez l'adulte, la résistance fibreuse du sac, et perçoit le glissement des surfaces séreuses l'une sur l'autre; mais chez l'enfant, avec ces tissus jeunes et sans consistance, cette perception fait défaut, et c'est en cherchant soigneusement et avec prudence qu'on arrive à découvrir le sac déshabité. »

Deuxième temps. — On pratique une petite boutonnière sur le sac. Deux pinces à forcipressure fixent les bords de l'incision du sac. La hernie étant réduite, on engage le doigt dans l'ouverture et on procède à l'exploration des choses. Le doigt plonge d'abord au fond du sac et cherche le testicule. S'il le touche, il acquiert cette notion que la hernie est congénitale et que l'on aura certainement affaire de très près, dans la dissection, aux éléments du cordon. S'agit-il d'un enfant, si le testicule ne se trouve pas dans le fond du sac, il faut avant tout le chercher. Le doigt remonte alors vers l'anneau et poursuit. Si le testicule est à l'orifice externe, il l'abaisse un peu, se substitue à lui, s'engage dans le trajet, s'assure non seulement que l'intestin est rentré, mais encore qu'il n'y a pas d'adhérences avec le pourtour de l'orifice interne.

Si le testicule est à l'orifice interne, le doigt en tâte la mobilité et les facilités de descente. Enfin, si le testicule est introuvable, s'il peut être réputé en ectopie abdominale, il convient de se conduire comme s'il était normalement descendu.

Troisième temps. — On introduit le ballon dans le sac aussi profondément que possible. Deux points de suture ferment la boutonnière du sac au-dessus et au-dessous du tube du ballon qu'on distend en quelques coups d'insufflation. Dès

lors, on se trouve en présence d'une tumeur régulière, lisse, dure, bien circonscrite et mobile qu'il s'agit d'énucléer avec le sac herniaire qu'elle distend. Le collet doit être disséqué soigneusement jusqu'au-dessus de l'orifice profond. Puis, on fait tout autour de la boutonnière fermée une section circulaire qui libère les enveloppes, jusqu'à ce qu'on aperçoive très nettement la teinte rouge du ballon à travers la mince épaisseur du sac. Dès ce moment, avec la sonde cannelée ou à petits coups de bistouri, on poursuit en profondeur le plan de l'incision cutanée, jusqu'à la partie la plus haute de l'orifice externe du canal inguinal.

Guidé par la transparence, on serre de près la fine pellicule du sac. « Avec le doigt ou la sonde cannelée, nous écartons les enveloppes, et, éclairé par la teinte uniforme de notre ballon, nous sommes certain de ne pas laisser autour du sac des couches de parties molles dont la conservation est utile. Nous sommes certain surtout de préserver et de rassembler les éléments épars du cordon. » Le ballon entièrement libéré avec sa pellicule séreuse est énuclé comme un sarcocèle. On lie le pellicule entre deux anses croisées suivant le mode ordinaire. La section du pédicule se fait à 1 centimètre au-dessous de la ligature. Enfin on termine l'opération comme dans les autres procédés.

Ce procédé se recommande par sa simplicité et surtout par la facilité de disséquer le sac herniaire. Mais il faut faire remarquer que l'asepsie du ballon est très difficile à obtenir. A part cet inconvénient, le procédé nous paraît excellent.

16° MÉTHODE DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1). — Tout d'abord nous devons faire remarquer que cet auteur, au lieu de chercher un procédé, un type d'opération qui s'applique à

(1) Lucas-Championnière, *loc. cit.*, p. 58.

toutes les hernies, considérant attentivement les conditions fondamentales de formation, d'entretien et de récives des hernies, cherche avec une méthode générale l'ensemble des conditions complexes et variables qui peuvent en assurer la disparition, puis en éviter le retour, en appliquant cette méthode et ses modifications à chaque variété.

Championnière a formulé trois conditions opératoires qu'il faudra toujours remplir dans la mesure du possible, et mieux elles seront remplies, plus le résultat de la cure opératoire aura chance de s'approcher de la perfection :

« 1° Il faut modifier ou détruire la séreuse, car la suppression de la surface glissante supprime la tendance au glissement interstitiel.

» 2° Il faut constituer, à la place du pertuis de la paroi abdominale, de l'orifice ou du canal de paroi abdominale, la cicatrice la plus résistante possible pour former la barrière nécessaire à opposer aux viscères qui présentent une tendance à descendre et à forcer cette paroi abdominale.

» 3° Si une action est possible sur le contenu du sac herniaire, il faut détacher ou détruire les parties non indispensables aux fonctions qui sortent de l'abdomen, se fixent au dehors et au voisinage de l'anneau, ou seulement viennent battre sa face supérieure. »

La disposition du péritoine en *infundibulum* constitue la prédisposition première à la hernie. Championnière se propose tout d'abord de détruire cette disposition fâcheuse, et voici comment il résout ce problème.

Pour arriver sur le sac, on pratique une incision longue et éloignée des régions où les liquides de la plaie pourraient s'infecter. On traverse les tissus sous-jacents couche par couche, sans les franchir en hâte. Le sac, étant reconnu, est ouvert et son contenu est réduit ou réséqué, comme nous le verrons plus tard.

Puis on procède à la ligature et à l'extirpation du sac. C'est là un des temps les plus importants de l'opération, et Championnière y insiste avec raison. « Il ne s'agit pas seulement, écrit-il, d'extirper le sac plus ou moins complètement. Il faudrait, pour approcher le plus de la perfection, extirper la totalité de la séreuse constituant le sac, le collet, et au-dessus un peu de péritoine abdominal au voisinage de la hernie. La suture qui comprend le péritoine et les parties sous-jacentes donnerait alors une réunion sans infundibulum, par conséquent des conditions peu favorables au développement ultérieur de la hernie. » Pour réaliser cet idéal opératoire, il s'agit d'attirer hors de l'anneau, par traction, la plus grande longueur possible de la séreuse péritonéale avant d'y jeter une ligature. On commence donc par faire la dissection du sac, puis de son collet, qu'il faut poursuivre jusqu'à l'orifice interne du trajet. Mais, point capital, pour accomplir le plus complètement ce temps de l'opération, on devra exécuter une dissection très fine, car il faut isoler *le sac séreux, et rien que le sac séreux*. En effet, si l'on n'y prend garde, une dissection grossière donnera un sac composé de plusieurs membranes : tout autour de la séreuse, on aura laissé des lamelles de tissu celluleux périphérique plus ou moins épaisses, lamelles se continuant par leur extrémité supérieure jusque dans les parties profondes du conduit herniaire, au pourtour duquel elles viennent se fixer. On conçoit bien que, si l'on ne prend pas le soin d'isoler entièrement le sac séreux de ces brides celluleuses, elles viendront mettre obstacle à la traction que l'on se propose d'exécuter sur lui, et servir de cran d'arrêt. Si la séreuse est au contraire bien isolée, si les tractions portent uniquement sur elle, le péritoine peu adhérent glissera facilement sur les anneaux, et dès lors il deviendra facile d'en attirer une partie assez longue au dehors. C'est seulement à ce moment que le nouveau collet ainsi formé sera saisi avec une pince, puis lié

et sectionné. « On peut voir alors ces parties que l'on avait entraînées en bas, entraînées maintenant en haut par l'élasticité des tissus. La ligature que l'on vient de faire rentre naturellement, spontanément dans le ventre, pour aller se placer au-dessus de l'anneau »

Ainsi, la première donnée du problème se trouve résolue ; *il n'y a plus de dépression de la surface péritonéale au niveau du trajet, et partant plus d'amorce.*

C'est maintenant le moment d'obéir à la deuxième condition fondamentale de la cure opératoire et de rechercher la production d'une barrière solide qui viendra désormais supporter l'effort des viscères et boucher la paroi. Or le décollement de la séreuse tel que nous l'avons pratiqué, c'est-à-dire jusque dans la fosse iliaque, nous laisse en présence d'une surface cruentée considérable ; et, point digne de remarque, les parties fibreuses de l'anneau incapables de contracter des adhérences contre elles se trouvent ici revêtues de ces couches conjonctives formées aux dépens des aponévroses abdominales entraînées par le péritoine dans sa descente, et que nous avons eu le soin de laisser en place pendant la dissection minutieuse du sac. La présence de ce revêtement celluleux interposé entre les piliers va leur permettre de se réunir. De plus, toutes ces parois sanglantes, postérieures à l'anneau, entre lesquelles s'insinuait le sac, vont également pouvoir se fusionner entre elles sur toute la longueur du trajet ; de sorte, qu'en fin de compte, anneau, pilier, trajet, vont se trouver par la suite noyés dans une puissante cicatrice.

Enfin, nous arrivons à la troisième condition opératoire : action sur les organes contenus dans la hernie. L'épiploon étant un agent redoutable de la formation et de la récurrence des hernies, il y a une grande importance à le limiter aux plus petites dimensions possibles. C'est Championnière qui, le premier, a cherché à démontrer ce fait et à en déduire la con-

séquence opératoire. Lorsqu'on trouve de l'épiploon dans le sac, on l'attire au dehors, puis on attire toutes les parties de l'épiploon qui sont au-dessus et qu'on peut atteindre, enfin on en pratique la ligature très soignée et l'excision. En réduisant le moignon épiploïque, il faut avoir la précaution de présenter la masse par une de ses extrémités et de chercher avec douceur à la faire passer dans l'orifice herniaire.

Il y a encore d'autres organes contenus dans le sac, qui peuvent être traités : le testicule ou l'ovaire contenus dans les hernies inguinales congénitales. Le traitement de ces organes joue un rôle important dans le traitement de ces hernies ; mais il doit être variable avec les circonstances, parce qu'il s'agit d'un organe qui peut être utile et qui doit être conservé toutes les fois qu'il ne donne ni douleur ni chance de récurrence de hernie.

La méthode de Lucas-Championnière répond parfaitement aux deux grandes indications indispensables de la cure opératoire : la suppression de l'amorce péritonéale et l'occlusion complète du trajet herniaire. C'est pourquoi nous avons le devoir de la recommander dans le traitement des hernies inguinales congénitales.

CHAPITRE V

SOINS CONSÉCUTIFS A LA CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES.

La cure opératoire, nous l'avons vu, doit être antiseptique ou ne pas être; c'est donc en se conformant à la plus stricte observation de la méthode antiseptique, que le pansement doit être appliqué et renouvelé. Le pansement sera renouvelé aussi souvent qu'il sera souillé ou imprégné des liquides de suintement.

Quand la plaie opératoire est fermée, on doit continuer à faire porter au petit malade un pansement compressif: pommade boricuée ou iodolée, gaze iodoformée, ouate, le tout soutenu par un spica que l'on resserre chaque jour. La compression exercée sur la région opérée est un élément indispensable de succès; elle doit durer autant que le séjour du malade au lit.

Celui-ci doit se prolonger, autant que possible dans le décubitus dorsal, pendant quatre à six semaines. Lucas-Championnière estime que trois semaines sont un minimum de séjour au lit qu'il ne faut pas négliger. En effet, nous pensons que, s'il était possible de faire durer le séjour davantage, cela vaudrait mieux. Macewen et Barker imposent à leurs opérés un séjour au lit de trente à quarante jours.

Chez les enfants, le repos prolongé est plus indiqué encore

que chez l'adulte, en raison de la brusquerie de leurs mouvements et de la vivacité de leur âge. On est même quelquefois obligé de recourir aux préparations calmantes pour obtenir le calme et la patience nécessaires.

On combattra la constipation, conséquence ordinaire du séjour prolongé au lit, par le calomel et la strychnine à petites doses.

On évitera au malade les refroidissements pouvant déterminer des rhumes et des bronchites, car les efforts de toux troublent la cicatrisation régulière de la plaie, affaiblissent la zone opératoire et préparent ainsi la récurrence. C'est à l'abri de tout effort que doit se faire l'organisation des tissus jeunes, le resserrement du trajet inguinal, l'accolement définitif de la séreuse péritonéale, en d'autres termes le retour des choses à l'état physiologique.

Il faudra attacher également, dans le traitement consécutif, une grande importance à la diète. L'alimentation du sujet ne doit pas être faite rapidement, on doit lui refuser une nourriture solide au moins pendant la première semaine qui suit l'opération, car on a vu souvent l'alimentation prématurée faire monter la température.

Faut-il faire porter un bandage de précaution? Les chirurgiens les plus autorisés en cette matière formulent des règles diamétralement opposées, quand il s'agit de l'application d'un bandage post-opératoire. Socin, Thiriar, Stokes, le repoussent et l'accusent d'être nuisible en amincissant la cicatrice. Mitchel Banks et Segond recommandent d'en faire usage.

Enfin, il y a une troisième opinion, défendue par Lucas-Championnière. Cet auteur ne conseille pas uniformément le bandage après l'opération. Il range les opérés de hernie dans trois classes bien distinctes :

1^{re} La première classe comprend *le plus grand nombre* des sujets opérés, chez lesquels on a pu accomplir complètement

tous les temps de l'opération. Le chirurgien a pu remonter très haut, réséquer la séreuse aussi haut que possible, enlever de l'épiploon, constituer une cicatrice puissante. Dans ce cas, le bandage est absolument inutile pour le présent et pour l'avenir.

2° Dans cette classe entrent les malades qui n'ont pas subi une opération assez complète : la dissection a été arrêtée avant que toute la hauteur voulue fut atteinte. « J'ai alors l'habitude, dit Championnière, de recommander au patient de revenir se montrer de temps en temps ; et, sitôt que je vois quelque chose qui menace, je lui fais porter un bandage. »

3° Enfin, les opérés dans de très mauvaises conditions, telles que : impossibilité de remonter suffisamment haut, paroi exceptionnellement mince et derrière laquelle l'impulsion menace sans cesse, hernie volumineuse, doivent porter régulièrement le bandage qui leur permettra de conserver les résultats acquis par l'opération.

Comme on le voit, Lucas-Championnière repousse en principe le port du bandage.

Si le bandage post-opératoire trouve encore quelques indications chez l'adulte, nous croyons devoir le repousser complètement chez l'enfant, à moins de conditions exceptionnelles que nous préciserons un peu plus loin.

Dans les cinq ou dix premières années, l'emploi du bandage est inutile, et rien n'est plus instructif et plus propre à entraîner la conviction que l'examen minutieux de la zone opératoire d'un enfant ayant subi la cure opératoire.

« Ce tissu jeune, dit Félizet, est lent à se résorber : il joue le rôle de la pelote idéale : bien adaptée, fixe, plate et indolente. » Ainsi, l'activité prodigieuse des tissus jeunes, leur élasticité, les parois du trajet qui ne demandent qu'à revenir sur elles-mêmes, nous permettent de considérer le bandage post-opératoire tout au moins comme inutile chez l'enfant.

Quand l'enfant est pris de coqueluche ou autre maladie de l'appareil respiratoire, par mesure de précaution, il serait utile de lui faire porter pendant la maladie un bandage en caoutchouc rouge.

CONCLUSIONS

1° Le bandage guérit bien réellement les hernies inguinales congénitales chez l'enfant. On doit le prescrire systématiquement pendant la première et la seconde enfance, à moins cependant qu'il ne soit contre-indiqué, comme dans les cas suivants: hernie inguinale congénitale avec ectopie testiculaire, hernie inguinale irréductible mais non étranglée, hernie congénitale incoercible, hernie douloureuse, hernie inguinale compliquée de difformités congénitales. Dans ces conditions nous ferions la cure opératoire, malgré le jeune âge de l'enfant.

2° Si, vers l'âge de six ou sept ans, le bandage n'a pas produit la guérison, nous aurions recours à l'intervention sanglante qu'on peut pratiquer de parti pris, à partir de cet âge-là.

3° La cure opératoire des hernies infantiles est une excellente opération qu'il faut considérer aujourd'hui, de par l'asepsie parfaite réalisée avec la stérilisation par la chaleur, comme complètement innocente.

4° L'indication d'opérer nous semble formelle dans les cas suivants: ectopie testiculaire, incoercibilité, irréductibilité, douleurs, difformités congénitales.

5° Parmi les chirurgiens modernes, les uns se contentent d'une intervention incomplète, les autres préfèrent une inter-

vention complète. La méthode opératoire à laquelle nous donnons la préférence et qui nous paraît la plus complète dans l'état actuel de la science est celle employée par Lucas-Championnière, et qui peut servir de type général.

6° En tenant compte de l'organisation rapide de la plaie opératoire et de la solidité de la cicatrice, le port du bandage post-opératoire nous semble inutile.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDEREGG (Johannes). — Die radical Operation der Hernien. Leipzig, 1886, Thèse.
- BARKER. — Brit. med. Journ., 1887, p. 1203.
- BALL. — Brit. med. Journ., 1887.
- Association méd. britannique de Dublin, 2-5 août 1887.
- Semaine médicale, 1887, p. 221.
- BANKS. — Brit. med. Journ., 1887.
- Association méd. britannique de Dublin, 2-5 août 1887. — Semaine méd., 1887, p. 320.
- Semaine médicale, 1887, p. 221.
- BARETTE. — Soc. médico-pratique (Union médicale, 1887, p. 908).
- BASSINI. — Soc. italienne de chirurgie tenue à Gênes, 4-7 avril 1887.
- Arch. f. klin. Chir., 1890, t. XL, p. 429.
- BECKEL (Jules). — Revue de chirurgie, 1888, p. 253.
- Gazette de Strasbourg, 1889, n° 1.
- BONNET. — De la cure radicale des hernies (Thèse de Paris, 1887).
- BOUILLY. — Gazette méd. de Paris, 6 juin 1885.
- BOURSIER. — Dictionnaire encyclopéd. des sciences médicales, art. Hernies.
- CHATARD. — De la cure radicale des hernies (Thèse de Paris, 1885).
- CHAUVEAU. — Des hernies inguinales congénitales (Thèse de Paris, 1887).
- CZERNY. — Suture profonde du collet du sac dans la cure radicale des hernies inguinales (Cent. für Chir., 1883, p. 49).
- Étude sur la cure radicale des hernies (Wiener medischin Wochenschrift, 1887).
- DEFONTAINE. — Gazette des hôp., 1889, p. 1259.
- DELAGENIÈRE. — Procédés modernes de cure radicale des hernies (Gazette des hôp., 1888, p. 100).
- Bulletin méd., 1889, p. 1504.
- Discussion sur la cure radicale des hernies congénitales, par Richelot,

- Trélat, Terrier, Terrillon, Second, Lucas-Championnière, Berger, etc. (in Bulletin Société de chir., 1887, p. 653, 664, 688, 705, 729, 752).
- DUCHESNE. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire (Thèse de Paris, 1890).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie (Paris, t. VI, 1892).
- FAGE. — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies (Thèse de Paris, 1888).
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale (Paris, t. II, p. 589, 1892).
- FÉLIZET. — La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants (Paris, 1891).
- GARMO. — The cure of hernia in the enfant (Med. Rev. New-York, 21 mars 1885).
- GUENOD (Victor). — Etude du résultat définitif de la cure radicale des hernies (Lausanne, Bridel, 1886).
- HAHN. — Société de médecine de Berlin (séance du 7 novembre 1883).
- HAMILTON. — On the radical cure of inguinal hernia (Journ. of the Amer. Chicago, 4 septembre 1886).
- HAUGHTON. — Radical cure of hernia (Week med. Rev. Chicago, 1886).
- HEYDENREICH. — La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies (in Semaine médicale, 1883, p. 269 et 329).
- HILDELMANN. — De la cure radicale des hernies, Tubingue, p. 30, 1891.
- HOUZEL. — Bull. Soc. chir., 1886, p. 945 (Rapport de Perrier).
- JEANNEL. — Revue de chirurgie, 1890, p. 83.
- LEBEC. — Union médicale, 1887, p. 703.
- Bull. Soc. chir., 1887, p. 641 (Rapport de Richelot).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bull. Soc. chir., 1885, p. 767.
- Revue de chir., 1885, p. 416, 1033.
- De la cure radicale des hernies (Paris, 1887).
- Semaine médicale, 1887, p. 325. — Cure radicale de la hernie sans étranglement. Conditions de succès et indications opératoires.
- Cure radicale des hernies (Paris, 1892).
- MACFARLAN. — British med. Journ., 1887, p. 1263.
- Association méd. britannique de Dublin, 2-5 août 1887. — Sem. médic. 1887, p. 320.

- MACEWEN. — Semaine médicale, 1887, p. 221.
- MARÉ. — Épiplocèles adhérentes au sac (Thèse de Paris, 1889).
- NICAISE. — Revue de chirurgie, 1883, p. 563. — Cure radicale de la hernie inguinale. — Rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses.
- Semaine médicale, 1886, p. 222.
 - Revue de chirurgie, 1886, p. 528, 573, 592.
 - Revue de chirurgie, 1888, p. 922.
- POLAILLON. — Union médicale, 1883, p. 367.
- Bull. Soc. chir., 1885, p. 281.
 - Union médicale, 1885, p. 758.
 - Revue de chir., 1885, p. 517.
- RECLUS. — Gazette des hôp., 1887, 15 septembre.
- REVERDIN. — Des opérations modernes de cure radicale des hernies (Revue médicale de la Suisse romande, 1881, p. 44 et 171).
- RAMONÈDE. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte (Thèse de Paris, 1883).
- RIESEL. — Deutsch. med. Woch., 1887.
- RICHELOT. — Semaine médicale, 1887, p. 419.
- Union médicale, 1887, 20 décembre.
 - Union médicale, 1889, p. 149.
- ROUTIER. — Revue de chirurgie, 1888, p. 253.
- SCHÉDE. — Cent. für Chir., 1887.
- SEGOND. — Cure radicale des hernies (Thèse d'agrégation, 1883).
- SOCIN. — Revue médic. de la Suisse romande, 1881.
- Revue de chirurgie, 1888, p. 253.
- SONNENBURG. — Soc. de médecine de Berlin (séance du 7 novembre 1883).
- SOUTHAM. — On the treatment of irreducible intestine (British med. Journ., 7 février 1885).
- SPANTON. — On the radical cure of hernia (Brit. med. Journ., 7 février 1885).
- TACHARD. — Notes de chirurgie pratique (Paris, 1839, p. 23).
- TERRIER. — Congrès français de chirurgie, 1886. — De la cure radicale des hernies non étranglées.
- TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale, 1887, p. 509. — Cure radicale des hernies.
- THIRIAR. — Revue de chirurgie, 1888, p. 253.

- TRÉLAT. — Revue de chirurgie, 1888, p. 253.
— Gazette des hôp., 1888, n° 104.
— De la cure opératoire des hernies (Revue de clinique et de thérapeutique, 12 janvier 1888).
TUFFIER. Archives gén. de médecine, 1887.
VALLAS. — Cure médicale des hernies (Province médic., 1887, 26 novembre).
WALTHER. — Bull. méd., 1889, p. 1425.
WINOCOUROW. — Cure médicale des hernies et hydrocèles congénitales (Thèse de Paris, 1888).
ZANCAROL. — Bull. Soc. de chirurgie, 1890, p. 147.
ZELLER. — Berline klinische Wochenschrift, 1883, p. 758.
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juin 1893.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 juin 1893.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
